

# Kræftpatienters sikkerhed i sundhedsvæsenet efter kræftbehandling

En analyse af rapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase



## **Kræftpatienters sikkerhed i sundhedsvæsenet efter kræftbehandling**

En analyse af rapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Kræftens Bekæmpelse  
Dokumentation & Kvalitet  
Strandboulevarden 49  
DK-2100 København Ø.  
Tlf. 3525 7500  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

Forfattere:

Anne Hjøllund Christiansen, Sundhedsfaglig konsulent, cand. scient.san.publ.  
Henriette Lipczak, Overlæge

Sprog: Dansk  
Version: 1.1  
Versionsdato: juni 2014

ISBN: 978-87-7064-239-2

Trykt udgave af rapporten kan bestilles ved henvendelse til Kræftens Bekæmpelse,  
Dokumentation & Kvalitet, tlf. 3525 7500

Elektronisk udgave af rapporten kan findes på [www.cancer.dk/rapporter](http://www.cancer.dk/rapporter)

Forsidefotos: Tomas Bertelsen og Colourbox

Udgivet af Kræftens Bekæmpelse, juni 2014

## Forord

Alle patienter er i risiko for utilsigtet at komme til skade eller på anden måde opleve svigt og sikkerhedsbrister, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Vi ved imidlertid, at risikoen for at kræftpatienter skades ved kontakt med sundhedsvæsenet er særligt høj. Det skyldes bl.a. kræftpatienters sårbarhed, men også de ofte lange, komplekse forløb med involvering af mange sundhedspersoner i forskellige områder af sundhedsvæsenet både under og efter behandling.

I efteråret 2011 tog Kræftens Bekæmpelse og Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) efter aftale med Danske Regioner initiativ til at etablere et samarbejde på tværs af faggrupper, sektorer og regioner med henblik på at belyse og løse udvalgte patientsikkerhedsproblemer i kræftforløb. Samarbejdet blev udmøntet i en National Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb<sup>1</sup>, der bl.a. konkluderede, at:

- Viden om patientsikkerhed i overgange er sparsom – i særdeleshed, hvad angår overgange mellem sektorer og institutioner (2).
- Viden om patientsikkerheden i relation til efterforløbet – risici i relation til kontrol, rehabilitering, senfølger og palliation, deres hyppighed og konsekvenserne af dem – er begrænset (3).

Arbejdsgruppen anbefalede, at viden om dette blev tilvejebragt. Midler doneret i forbindelse med Knæk Cancer 2012 har gjort det muligt for Kræftens Bekæmpelse at gennemføre en analyse af utilsigtede hændelser rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), som imødekommer arbejdsgruppens anbefalinger. Analysen belyser patientsikkerhedsproblemer blandt kræftframte efter kræftbehandling på sygehus (såkaldt primær behandling) med et særligt fokus på overgangshændelser. Analysen er baseret på hændelsesrapporter fra DPSD i perioden 1. september 2010 til 31. januar 2013. Den belyser afdækkende forhold og situationer, der utilsigtet kan føre til patientskade, samt konsekvenserne af disse. Hermed gives et udgangspunkt for sikkerhedsforbedrende tiltag. Vi håber, at regioner og kommuner tager den nye viden til sig og forbedrer forholdene for kræftframte og pårørende – også efter behandling for kræft.

Denne sygdomsspecifikke analyse bidrager med ny viden om patientsikkerheden efter selve kræftbehandlingen og er et værdifuldt kvalitativt bidrag, som – sammen med andre kilder til viden om patientsikkerhed – kan udgøre et afsæt for læring og forbedring.

Patientombuddets læringsenhed, der har stillet data til rådighed og forestået dataudtræk, takkes for et godt samarbejde.

København, juni 2014

Kvalitetschef Janne Lehmann Knudsen, overlæge og ph.d.  
Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse

---

<sup>1</sup> Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb blev etableret for at samle interessenter i kræftbehandlingen i Danmark i en fælles indsats for at forbedre patientsikkerheden. Læs mere om arbejdsgruppen og deres arbejde i statusrapport fra 2012 (1).

# Indhold

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Indhold</b>	<b>4</b>
<b>Sammenfatning og vurdering</b>	<b>5</b>
<b>1. Indledning</b>	<b>15</b>
1.1 Formål	18
1.2 Kræftramtes kontakter med sundhedsvæsenet efter kræftbehandling	18
1.3 Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)	19
1.4 Definitioner og terminologi	21
<b>2. Metode og datagrundlag</b>	<b>22</b>
2.1 Identifikation af kræftrelaterede utilsigtede hændelser	22
2.2 Analyseramme	24
2.3 Variable i datasættet fra DPSD og supplerende variable	27
2.3.1 Supplering af sagsbehandlingernes klassificering af hændelsestyper	28
2.3.2 Re-klassificering af hændelsernes alvorlighedsgrad	29
<b>3. Resultater</b>	<b>30</b>
3.1. Antal hændelser: rapportører og hændelsessted	30
3.2 Typer af sikkerhedsproblemer	32
3.2.1 Typer af sikkerhedsproblemer i de forskellige ydelser	35
3.3 Hændelsernes konsekvenser	36
3.3.1 Alvorlige og dødelige hændelser	39
3.3.2 Forsinkelser og ventetid	42
3.3.3 Samlet vurdering af hændelsernes skade	47
3.3.4 Psykiske konsekvenser og organisatoriske konsekvenser	47
3.4 Sikkerhedsbrist i overgange	48
3.4.1 Forekomst af overgangshændelser	49
3.4.2 Konsekvenser af overgangshændelser	52
3.5 Overgangshændelser inden for samme sektor	52
3.5.1 Overgange mellem afsnit/afdelinger på samme hospital eller mellem sygehuse	53
3.5.2 Overgange mellem sygehus og palliativt team/hospice	55
3.5.3 Overgange inden for den primære sektor	56
3.6 Sektorovergange	57
3.6.1 Overgange mellem sygehus og kommunal sundhedssektor	58
3.6.2 Overgange mellem sygehus og almen praksis	61
3.6.3 Overgange mellem kommunal sundhedssektor og palliativt team/hospice	62
<b>4. Diskussion</b>	<b>63</b>
4.1 Diskussion af metode	63
4.2 Diskussion af udvalgte sikkerheds- og kvalitetsproblemer	65
<b>5. Litteraturliste</b>	<b>70</b>
<b>6. Bilagsliste</b>	<b>73</b>

## Sammenfatning og vurdering

Denne rapport handler om patientsikkerheden i sundhedsvæsenets indsats over for kræftramte *efter* selve kræftbehandlingen, dvs. efter såkaldt *primær behandling*<sup>2</sup> som indebærer operation, stråle- og/eller kemoterapi mv. Karakteren af sikkerhedssvigt blandt kræftramte og konsekvenserne heraf belyses ud fra de utilsigtede hændelser, som er rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Analysen er den første af sin slags, der specifikt ser på, hvilke risici og patientsikkerhedsproblemer, kræftramte kan udsættes for efter kræftbehandlingen. Tidligere undersøgelser har i højere grad fokuseret på patientsikkerheden *under* udredning og behandling. Rapporten bidrager med ny og vigtig viden om problemområder og forhold af betydning for sikkerheden.

Efter kræftbehandling tilbydes kræftramte i forskellig grad opfølgende kontrol, rehabilitering og palliation<sup>3</sup> samt behandling for senfølger, tilbagefald<sup>4</sup> og andre sygdomme. Dette kan for den enkelte indebære flere parallelle forløb med mange kontakter. Vi ved, at jo flere overgange et forløb indeholder, jo større er risikoen for, at patienten oplever fejl eller komplikationer, der kan føre til fysisk eller psykisk skade. Derfor er koordination og sammenhæng gennem hele patientens forløb centralt for at understøtte patientsikkerheden. Overgangshændelser har et særligt fokus i denne rapport og belyser konsekvenser som følge af ansvarsskift og manglende deling af informationer om patienten på tværs af afdelinger, sygehuse, institutioner og sektorer.

Analysen er baseret på 724 utilsigtede hændelser blandt kræftpatienter rapporteret til Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD) i perioden 1. september 2010 til 31. januar 2013.

Alle patienter er i risiko for utilsigtet at komme til skade eller på anden måde opleve svigt og sikkerhedsbrister, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet (4). *Utilsigtede hændelser* beskriver situationer, hvor patienter er blevet skadet eller udsat for risiko for skade – altså situationer, hvor noget ikke er gået som det skulle.

Hændelserne i denne rapport er analyseret i forhold til følgende aktiviteter, som foregår efter selve kræftbehandlingen:

- Pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor
- Kontrolforløb (nu kaldet opfølgingsforløb)<sup>5</sup>
- Indsatser rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf i sygehusregi
- Ny udredning og behandling af tilbagefald af kræft eller ny primær kræft
- Øvrige indlæggelser på sygehus
- Palliativ indsats

<sup>2</sup> "Selve kræftbehandlingen" eller "kræftbehandlingen" bruges i denne rapport som andre ord for "primær behandling". Hermed forstås den behandling som kræftpatienter med primær tumor tilbydes, dvs. den første behandling man giver. Det er kendetegnende for disse behandlinger, at de indebærer tæt kontakt med sygehus.

<sup>3</sup> Palliation handler om at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial art. Den palliative indsats betegnes også lindrende behandling.

<sup>4</sup> Tilbagefald dækker både over lokalt tilbagefald og spredning af kræftsygdom.

<sup>5</sup> Kontrolforløb betegnes i dag opfølgingsforløb, som foruden fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald ved klinisk undersøgelse, også har fokus på rehabilitering og senfølger. I denne rapport bruges betegnelsen "kontrolforløb", fordi det var den terminologi, der blev brugt i sundhedsvæsenet, da de utilsigtede hændelser blev rapporteret.

Analysen af rapportererne fra DPSD giver mulighed for at identificere ukendte typer af fejl, som eksisterende monitoreringssystemer ikke opdager. Ud fra forekomsten af utilsigtede hændelser i DPSD er det dog ikke muligt at konkludere, hvor hyppigt hændelserne forekommer i sundhedsvæsenet.

### Hvem rapporterer og hvor sker hændelserne

Klart størstedelen af de utilsigtede hændelser er rapporteret af sundhedsprofessionelle (96 %). Kun 1 % af de utilsigtede hændelser er rapporteret af patienten selv, og 3 % er rapporteret af patientens pårørende. Det afspejler, at der stadig er et stort potentiale for at få patienter og pårørende til at fortælle om deres oplevelser af brist i patientsikkerheden.

Analysen viser, at størstedelen af hændelserne er relateret til den palliative indsats (svarende til hver tredje hændelse), hver femte til udredning/behandling for tilbagefald eller ny kræft, lidt under hver femte til kontrolforløb, og hver tiende hændelse er relateret til pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor (dvs. plejehjem, hjemmesygepleje mv.)

Hovedparten af de rapporterede utilsigtede hændelser forekommer på de offentlige sygehuse (86 %) og dækker både over hændelser, der sker internt mellem afdelinger, mellem sygehuse og i overgangen mellem sygehus og primær sektor, fx mellem sygehus og hjemmepleje. Det er både sygehusene selv og den primære sektor (hjemmeplejen, plejehjem mv.), som rapporterer om hændelser på sygehuse. Den store andel af hændelser på sygehuse er ikke nødvendigvis udtryk for flere utilsigtede hændelser eller dårligere patientsikkerhed der end andre steder. Det kan derimod skyldes, at det har været lovpligtigt at rapportere utilsigtede hændelser på offentlige sygehuse i længere tid end andre steder, og at kulturen med rapportering og læring af egne utilsigtede hændelser som følge heraf er mere moden.

De øvrige hændelser forekommer bl.a. i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, plejeboliger og hos praktiserende læger.

### Typer af hændelser efter kræftbehandling

De hyppigst rapporterede sikkerhedsproblemer i de 724 hændelser falder inden for følgende typer af hændelser<sup>6</sup>:

- 58 % omhandler **brist i den administrative håndtering** af henvisninger/indkaldelser og booking, planlægning af patientforløb, indlæggelse samt udskrivelse
- 56 % omhandler **brist i dokumentationen** og deling af information i forbindelse med prøveresultater/billeder, journalnotater, udskrivningsnotater, dvs. det der relaterer sig til den **mundtlige og skriftlige kommunikation** og dokumentation mellem sektorer, afdelinger, institutioner og personer
- 42 % omhandler brist i den kliniske praksis (**diagnostik, kontrol, pleje, genoptræning, behandling**) - herunder palliativ behandling; det kan fx være fejlurderinger, utilstrækkelige undersøgelser eller mangelfuld opfølgning

---

<sup>6</sup> Mange hændelser er karakteriseret ved mere end en hændelsestype, og derfor summerer procentandelene op til mere end 100 %.

- 27 % er **medicineringshændelser** og er primært relateret til ændringer/manglende oplysninger om patientens medicin under og efter indlæggelse, forkert dosis/tidspunkt/frekvens af medicin, herunder utilstrækkelig eller forkert smertelindrende medicin.

### Hændelsernes konsekvenser for patienterne

Analysen viser, at hændelserne både kan have direkte fysiske og psykiske konsekvenser for patienten, medføre unødigt forsinkelse i bl.a. udredning og behandling af tilbagefald, samt påvirke de sundhedsprofessionelles tidsforbrug.

Betragtes de hændelser samlet, hvor kræftramte påføres alvorlig fysisk skade, dør eller udsættes for unødigt forsinkelse, tegner der sig et billede af, at kræftramte efter selve kræftbehandlingen er i betydelig risiko for alvorlig skade.

### **Fysisk skade**

591 ud af de 724 hændelser er belyst i forhold til alvorligheden af den fysiske skade, de har påført patienten.

79 % af de 591 hændelser har haft **ingen** eller **mild fysisk skade** på de involverede patienter. Nedenstående eksempel viser dog, at også mild fysisk skade, kan indebære unødigt lidelse for den kræftramte. De hændelser, der medfører mild fysisk skade på patienten kan således også være dybt problematiske for patientens oplevelse af sundhedsvæsenets indsats. Det bør derfor overvejes at udvikle en mere patientcentreret alvorlighedsscore, hvor også mild fysisk skade kan uddybes i DPSD.

#### **Eksempel på hændelse med mild fysisk skade som konsekvens**

Kræftpatient indlægges pga. dyspnø. Har været i palliativ behandling i de seneste par år og sløjer nu af. Fra palliativt teams side gøres meget ud af, at medicinlisten er opdateret, så patienten kan fortsætte den korrekte smertedækning på hospital, men alligevel gives patienten ikke tilstrækkeligt smertemedicin og heller ikke det korrekte præparat, fordi lægen på hospitalet ser bort fra denne liste og bruger egen vurdering af patientens medicinbehov. Det fremgik ellers tydeligt af den elektroniske patientjournal, at det palliative team havde opdateret patientens medicinliste samme formiddag. Palliativt team efterspørger, at den vagthavende læge på sygehus eventuelt kontakter lægen i det palliative team, hvis vedkommende er utryk ved patientens høje medicindosering – frem for at bruge egen vurdering.

Over hver sjette hændelse har medført **moderat fysisk skade**, dvs. skade som *ikke* er permanent men forbigående, og som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget pleje/-behandlingsindsats. Hændelserne indebærer bl.a. at gamle strålefelter ikke er dokumenterede i det tilgængelige system, hvorfor konsekvensen bliver for meget eller forkert bestråling. Enkelte sundhedsprofessionelle efterspørger en central national stråledatabase, så sådanne hændelser kan forebygges. Andre hændelser omhandler patientuheld såsom fald, hvor patienten kommer til skade, eller hændelser hvor patientens tryksår forværres, fordi der ikke er trykaflastende madras tilstede i plejeindsatsen efter udskrivelse.

19 hændelser har medført **alvorlig permanent skade** og 5 hændelser har medført **død** (i alt 4 %). Fundene tyder på, at hændelser, der medfører størst fysisk skade, er de patientnære og klinisk relaterede hændelser. De i alt 24 hændelser, der medfører alvorlig permanent skade eller død, falder ikke inden for et bestemt område, men der ses tendens til at hændelserne knytter sig til tre problemområder (i vilkårlig rækkefølge):

- Manglende eller forkert medicinsk støttebehandling under strålebehandling
- Forkert vurdering/håndtering af symptomer og differentialdiagnoser
- Manglende måling af vigtige værdier på patient og dokumentation

Der er brug for øget fokus på netop disse tre problemområder for at forebygge nogle af de alvorlige eller dødelige hændelser blandt kræftramte. Eksempelvis er det vigtigt med handlingstiltag, som sikrer kontinuitet eller ophør med medicin ved strålebehandling, samt opmærksomhed og viden om differentialdiagnoser og symptomer ved metastaser og medullært tværslitsyndrom, hvor akut handling er helt afgørende. De manglende målinger af værdier og dokumentation skyldes i flere tilfælde kapacitetsproblemer, eksempelvis at der ikke er lægefagligt personale tilstede til at godkende en behandling, eller at normeringen er lavere i weekenden, hvilket ender med at have konsekvenser for patientsikkerheden. Her er det vigtigt at se på bemanningen.

#### **Eksempel på hændelse med alvorlig permanent skade som konsekvens**

Patient med prostatakraft og knoglemetastaser indlægges med medullært tværslitsyndrom, som er en alvorlig følge af grundsygdommen. Opstarter under indlæggelsen prednisolon og påbegynder strålebehandling. Ved udskrivelsen fra sygehus til hjemmet er der tilsyneladende ikke udleveret ny medicinliste. Patient fortsætter derfor med at dosere efter en gammel liste og ophører derfor med prednisolonbehandling, som er vigtig for at forebygge bivirkninger af behandlingen. Patienten fortæller, at de neurologiske symptomer i underekstremiteterne, såsom styringsbesvær og urininkontinens, er tiltaget under strålebehandling – det kan tilskrives den manglende medicin.

#### ***Forsinkelse – indirekte skade***

De resterende 133 af de 724 hændelser, svarende til hver femte hændelse, har det tilfælles at de fører til **forsinket udredning, diagnostik, behandling, viderehenvisning** eller **opstart af kontrolforløb**. Betydningen af netop forsinkelsen på den fysiske skade fremgår ofte ikke nærmere eller er vanskelig at bedømme ud fra hændelsesbeskrivelsen – i mange tilfælde er det kun den potentielle skade af forsinkelsen på patienten, der er kendt på rapporteringstidspunktet. Forsinkelse dækker bredt: fra hændelser, hvor et prøvesvar overses i to uger, til hændelser hvor tilbagefald af kræftsygdom overses på prøve- eller billedmateriale og der først reageres på dette 1 år senere til næste kontrol.

*Skønsomt* er det størstedelen af hændelserne med forsinkelse, der har potentiale til at medføre alvorlig fysisk skade på patienten, idet disse hændelser i mange tilfælde forringer mulighederne for tidlig diagnosticering af tilbagefald eller ny primær kræft og dermed hurtig behandling heraf.

#### ***Andre konsekvenser***

I hændelsesbeskrivelserne er der også angivet andre konsekvenser end fysiske skader og forsinkelse, såsom psykiske konsekvenser for patienten og organisatoriske konsekvenser (fx



øget tidsforbrug/merarbejde blandt de sundhedsprofessionelle, herunder at de skal bruge lang tid på at rede trådene ud, når kommunikation eller dokumentationen svinger).

Det at blive udsat for en utilsigtet hændelse fører ofte til utryghed for patienten og dennes pårørende. Patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle bruger i hændelsesbeskrivelserne ord som: vrede, frustration, usikkerhed, uro, angst, mistet tillid til læger/sygeplejersker, bekymring, oplevelse af manglende professionalisme, forvirring og forskrækkelse.

Mange af hændelserne omhandler terminale kræftpatienter og patienter i sen palliativ fase (dvs. med kort forventet restlevetid). Hændelsesrapporterne er generelt af en anden karakter end de, der vedrører patienter, der er/kan behandles med helbredende sigte. Eksempelvis ses hændelser, hvor genoplivning af patient forsøges, selvom patienten har frabedt sig dette; hændelser hvor patienten – trods ønske om at dø i eget hjem – dør på hospital; og hændelser hvor patienten indlægges af praktiserende læge, selvom det er u hensigtsmæssigt set i forhold til den korte forventede restlevetid. Begrebet ”faktuel fysisk skade” udfordres således i arbejdet med patientsikkerhed efter den primære kræftbehandling, bl.a. fordi der i denne del af forløbet er mange hændelser af mere etisk karakter.

### **Områder hvor særlig opmærksomhed er påkrævet**

Denne analyse af utilsigtede hændelser giver ny viden om patientsikkerheden efter kræftbehandling, og viser at der i høj grad er brug for handling. Følgende tre temaer træder frem som særligt kritiske og kalder på opmærksomhed og handling:

- Forbedring af overgange: overdragelse af ansvar samt fokus på dokumentation og informationsdeling
- Undgå unødige forsinkelse: hurtig udredning af tilbagefald af kræft og behandling heraf
- Fokus på patientsikkerhed i den palliative indsats

De tre temaer uddybes i det følgende.

### **Forbedring af overgange: overdragelse af ansvar samt fokus på dokumentation og informationsdeling**

Overgange har særlig stor betydning i kræftforløbet, da overgange rummer de processer, der skal sikre kontinuitet i bl.a. udredning og behandling samt overdragelse af ansvar, og dermed har stor betydning for hurtig diagnostik, behandlingsresultat og opfølgning. Hvis der i situationer, hvor ansvaret for patienten skifter, tabes væsentlig information eller der opstår uklarhed om, hvem der har ansvaret for patienten, er der risiko for patientskade.

362 af de 724 hændelser er identificeret som overgangshændelser, hvilket svarer til hele 50 %. I en tidligere undersøgelse med specifikt fokus på overgangshændelser i kræftforløb blev det vurderet, at 43 % af alle kræftspecifikke utilsigtede hændelser var overgangshændelser (2). Med denne rapport er dette fund blevet kvalificeret yderligere, da begge rapporter dokumenterer, at overgangshændelser er en omfangsrig og gennemgående problematik i hele patientforløbet.

56 % af overgangshændelserne foregår inden for samme sektor, primært i overgange mellem hospitalsafdelinger, mens en mindre del sker på tværs af flere hospitaler. De

resterende 44 % sker på tværs af sektorer, fx mellem plejehjem og sygehus, eller mellem sygehus og praktiserede læge.

Problemstillingerne i overgangshændelserne går på tværs af fire temaer, og peger på at langt de fleste hændelser principielt er forebyggelige, idet de primært skyldes uhensigtsmæssige administrative praksisser, dårlig kommunikation (mundtligt og skriftligt) eller uklart ansvar for patienten:

- Mere end hver anden hændelse handler om **uklar, manglende eller forsinket adgang til information om patienten**, herunder også misforståelser eller modstridende information om patienten.
- Hver anden hændelse omhandler **uklar koordination og ansvar i patientforløbet**, dvs. forskellige former for brist i forløbsplanlægningen, fx svigt i overgangen fra endt kræftbehandling til opstart af kontrolforløb, eller utilstrækkelig overdragelse af patienten imellem hospitaler, afdelinger eller sektorer.
- Næsten hver fjerde hændelse omhandler **forsinket eller manglende henvisning eller indkaldelse af patient**, fx at henvisninger enten bliver sendt til forkerte modtagere, helt går tabt eller bliver skrevet med (stor) forsinkelse.
- Hver tiende hændelse handler om **forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar og sygdomsudredning**, fx forsinket reaktion på prøvesvar eller manglende/utilstrækkelig sygdomsudredning eller opfølgning på undersøgelsesresultater, der forsinket diagnostik.

Analysen viser, at der er brug for redskaber, der kan understøtte planlægning, ansvarstagning og videndeling efter selve kræftbehandlingen, herunder understøtte overgangene mellem de involverede sundhedsprofessionelle.

De mange overgangshændelser, der foregår mellem afdelinger på samme hospital (svarende til 78 % af alle overgangshændelserne i sygehussektoren) omhandler bl.a. bortkomne eller ikke afsendte/modtagne henvisninger, forsinkede indkaldelser og manglende/ikke rettidig reaktion på prøvesvar. Det er hændelser, der kan have alvorlige konsekvenser for kræftframte, hvor tidsfaktoren er afgørende. Det kan være udtryk for, at Sundhedsstyrelsens vejledning om håndtering af såkaldte parakliniske undersøgelser (fx røntgen- eller blodprøveundersøgelser) ikke er tilstrækkeligt implementeret ude på de enkelte afdelinger. Desuden mangler der en national vejledning til håndtering af henvisninger, som sikrer rettidig afsendelse og modtagelse af henvisninger på de enkelte afdelinger.

I hver anden hændelse i sektorovergange optræder medicineringsproblemer – dette er særligt ved indlæggelse og udskrivelse fra sygehus. Ved indlæggelse handler hændelserne især om manglende fokus på patientens vanlige medicin, hvilket i værste fald bl.a. resulterer i manglende kontinuitet i vigtig smertelindrende medicin. Ved udskrivelse handler hændelserne primært om utilstrækkelig afklaring/afstemning af patientens medicinliste – det kan fx dreje sig om medicin, der er vigtig for at undgå bivirkninger til behandling. Resultaterne viser, at der er behov for en skærpet opmærksomhed på udveksling af medicinoplysninger mellem almen praksis og sygehus og evt. palliativt team, samt tiltag der kan understøtte kontinuiteten i medicinen. Vi forventer, at det såkaldte Fælles Medicin Kort kan være med til at understøtte kontinuiteten, når det er fuldt ud implementeret.

Den store forekomst af overgangshændelser viser, at en klarere ansvarsplacering er nødvendig. Det er yderligere aktuelt i lyset af, at hyppigheden af kræft forventes at stige med 30 % i de næste ti år. Samtidig overlever flere kræft og mange er ældre med et samlet øget behov for sundhedsydelse til følge – et behov der forstærkes af, at 40 % af kræftpatienter har flere samtidige sygdomme. Ansvaret for den kræftframte skal tydeliggøres for at sikre sammenhæng og kontinuitet i forløbet på tværs af afdelinger og sektorer, så hverken patient eller sundhedsprofessionel er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår. Det er nødvendigt at tydeliggøre, hvem der har det lægefaglige ansvar for patientens behandling, herunder at relevante informationer gives og modtages i overgange.

### **Undgå unødigt forsinkelse: hurtig udredning af tilbagefald af kræft og behandling heraf**

Denne rapport peger på, at ventetid er et stort problem, idet hver femte hændelse efter kræftbehandling resulterer i væsentlig forsinkelse.

Analysen viser, at der er særlige udfordringer i forhold til at sikre, at patienter overgår rettidigt til kontrolforløb og hurtigt udredes og behandles ved (mistanke om) tilbagefald/metastaser eller ny kræft. Forsinket udredning og behandling kan medføre, at sygdommen breder sig og muligheden for helbredelse mindskes, eller at mere aggressive behandlingsformer skal tages i brug.

Analysen viser, at forsinkelse/ventetid ofte er en konsekvens af en fragmenteret og ukoordineret indsats fra sundhedsvæsenets side, enten mellem sundhedsprofessionelle, teams, afsnit, afdelinger eller mellem hospitaler og sektorer. Men det kan også være en konsekvens af forkerte faglige vurderinger/skøn eller forhold i organisationen (såsom sekretærmangel, som resulterer i, at henvisninger skrives med stor forsinkelse).

Der er identificeret fem forskellige problemområder i hændelserne med forsinkelse:

- 35 % omhandler **forsinket henvisning/indkaldelse til udredning** af (mistanke om) tilbagefald eller ny kræft
- 27 % omhandler **forsinket opstart af behandling** af tilbagefald eller palliativ behandling
- 17 % omhandler **forsinket diagnosticering** pga. forsinket svar til patient/reaktion på prøvesvar, som viser tilbagefald/forværring af sygdom eller at dette ikke kan udelukkes
- 15 % omhandler **forsinket opstart/indkaldelse** til kontrolforløb
- 6 % omhandler **forsinket diagnosticering** pga. forsinket svar til patient/reaktion på prøvesvar, som dog viser et normalt svar

De for systemet "banale hændelser", såsom forlagte journalnotater, glemte henvisninger, forsinkede prøvesvar eller manglende dokumentation, kan således have betydelige konsekvenser i bl.a. overgangssituationer.

Forsinkelse på udredning af tilbagefald eller opstart af behandling skyldes ofte, at henvisninger til de nødvendige undersøgelser ikke er afsendt, er bortkomne, eller skrives med stor forsinkelse – i flere tilfælde, fordi det ikke er noteret, at der er tale om en akut henvisning, eller fordi henvisningen ved en fejl arkiveres uden at der handles på den. En anden væsentlig årsag til forsinkelse skyldes, at rekvirerede prøver ikke er bestilt, eller at der

reageres sent på prøvesvar, selvom disse har været tilgængelige i længere tid – i nogle tilfælde reageres der først på prøvesvar, der i værste fald viser tilbagefald eller forværring af sygdom, til næste planlagte kontrolundersøgelse, hvor nyeste prøvesvar kigges igennem. Dette er resultater, der peger på, at udredning og behandling af tilbagefald og yderligere sygdom skal forbedres.

Der har de seneste år været stort fokus på at sikre sammenhængende patientforløb i det danske sundhedsvæsen. Der er således taget en række initiativer til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. Med pakkeforløbene for kræft er der kommet vedvarende fokus på at undgå ventetid på udredning og behandling, som ikke lægefagligt er begrundet. Der er ikke tilsvarende fokus på kræftramte, der har afsluttet primær kræftbehandling. Fundene i rapporten tyder på, at det er nødvendigt specifikt at rette opmærksomheden på kræftramte med tilbagefald eller hvor der er mistanke herom, så de ikke tabes. Den nye organisering af kræftramtes opfølgingsprogram, hvor der lægges vægt på en mere individualiseret og *patientcentreret planlægning*, sikrer en målrettet indsats med henblik på at styrke kræftramtes viden og handlekompetencer, så de ved, hvornår de skal reagere på symptomer på tilbagefald, og til hvem de skal henvende sig.

I en femtedel af hændelserne anføres det, at patienten eller dennes pårørende opdager fejlen (fx udeblevne indkaldelse eller manglende prøvesvar), inden den forårsager yderligere forsinkelse og dermed potentielt større skade på patienten. Dette sker, fordi patienten undrer sig og kontakter sygehuset. Analysen indikerer, at der er et stort patientsikkerhedsforbedrende potentiale i involvering af patienter og pårørende, og at de med fordel kan opfordres til at involvere sig aktivt i at sikre sammenhæng og i at henvisning/indkaldelse sker som aftalt. Patienten kan fungere som en ekstra sikkerhedsbarriere, men ansvaret for forløbet påhviler sundhedsvæsenet.

### **Fokus på patientsikkerhed i den palliative indsats**

Palliation handler om at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial art.

Analysen viser, at patientsikkerheden i den palliative indsats kræver stor opmærksomhed, idet hver tredje hændelse omhandler denne indsats. Størstedelen af hændelserne vedrører kræftpatienter med kort levetid tilbage, og størstedelen af hændelserne omhandler den fysiske smertelindring, herunder medicinsk smertelindring og palliativ strålebehandling, samt pleje af terminale patienter.

Den palliative indsats er kendetegnet ved at gå på tværs af både forskellige fagpersoner og sektorer. Hospitaler, hospice, palliativt team, patientens egen læge, plejehjem mf. kan være involveret i den palliative indsats sideløbende eller på forskellige tidspunkter, og derfor er samarbejdet og løbende kommunikation og informationsdeling helt essentielt. Men analysen peger på, at der er en række centrale problemstillinger her, som ikke er løftet. Hver anden hændelse vedrører således medicinering, hvoraf en stor andel omhandler manglende kontinuitet i den smertelindrende medicin, hvilket resulterer i utilstrækkelig smertelindring eller overdoseringer og dermed unødigt lidelse for patienten. Ofte sker hændelserne pga. manglende samarbejde mellem dem, der er involveret i smertebehandlingen. Kræftens Bekæmpelse har netop udsendt en række anbefalinger til den palliative indsats, som indeholder et fremadrettet fokus på, at kommuner, praktiserende læger, palliative teams og

sygehusafdelinger samarbejder om overgange og arbejdsdeling i den palliative indsats. Resultaterne i denne rapport understreger yderligere vigtigheden af denne anbefaling.

Forsinket opstart af palliativ behandling (medicinsk eller strålebehandling) kan medføre urimelig og alvorlig lidelse for patienten i en svær situation. Analysen viser, at der er brug for fokus på palliativ strålebehandling. Hændelser omhandler bl.a., at patienten ikke får palliativ strålebehandling, selvom det er vurderet, at patienten har brug for dette. Desuden forekommer hændelser, der omhandler fejl i selve den palliative strålebehandling (forkert dosis, område eller varighed), hvoraf flere er afledt af manglende overblik over patientens tidligere strålebehandling. Endelig er der hændelser, hvor patienten ikke får den korrekte medicinske støttebehandling sideløbende med strålebehandling, som er vigtig for at sikre den bedst mulige lindring eller forebygge bivirkninger af behandlingen.

Der er potentiale for, at patientsikkerheden i den palliative indsats integreres som et centralt opmærksomhedsområde i tankegangen og kulturen blandt de sundhedspersoner og institutioner, som tager sig af patienter, som har brug for en palliativ indsats. Derfor er det vigtigt at aftabuisere utilsigtede hændelser og kvalitetsbrist i indsatsen for denne patientgruppe.

### Fra rapportering til læring

Formålet med Dansk Patientsikkerhedsdatabase er *læring* fra de rapporterede hændelser, så lignende hændelser kan forebygges. De sundhedspersoner, der rapporterer hændelser til DPSD, har derfor bl.a. mulighed for at komme med forslag til, hvad man kan gøre for at forebygge lignende hændelser. Forslagene er sammenskrevet i idékataloget bagest i rapporten. Det er imidlertid ikke muligt på baggrund af forslagene at opstille egentlige anbefalinger, men de kan inspirere.

Omfanget af forslag til forebyggelse af hændelserne er dog begrænset, og der er stor variation i kvaliteten af forslagene. Det kan være et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle ikke er trænet i at tænke forebyggelsestiltag ift. patientsikkerhed, men også at rapporteringssystemet ikke understøtter læring. De mange mangelfulde hændelsesbeskrivelser mht. kontekst og årsager til hændelsen viser, at der kan fokuseres mere på kvalitet i rapporteringen frem for kvantitet, så læringsaspektet får mere fokus. Dette er ikke mindst relevant, da det efterhånden er de samme mønstre i hændelsestyper, der går igen i DPSD, og der derfor ikke nødvendigvis er meget ny viden at hente i et stigende antal rapporteringer af de samme problemområder. De mange hændelser med mild og moderat fysisk skade vidner om, at der også her kan udtrages megen læring, således at der ikke kun fokuseres på de alvorlige eller dødelige hændelser, som i dag afføder, at en såkaldt *kerneårsagsanalyse* gennemføres.

Det er kun de *rapporterede* hændelser, der kan skabe viden og læring, men analysen viser, at størstedelen af de rapporterede hændelser omhandler offentlige sygehuse, og der er derfor størst viden her. Der er ikke tilsvarende viden om patientsikkerhedsproblemer i den primære sektor, fx blandt praktiserende læger, plejehjem, hjemmepleje m.v.

Det bemærkes desuden, at meget få hændelser foregår på eller involverer hospice. Det kan være udtryk for, at der sker langt færre fejl her, men det kan også skyldes en såkaldt umoden sikkerhedskultur, dvs. manglende bevidsthedsgørelse blandt personalet om

patientsikkerhed. Vi opfordrer til, at der fremadrettet rettes fokus på patientsikkerheden blandt patienter i sen palliativ fase/terminale patienter med kort restlevetid, på bl.a. hospices og andre institutioner/sundhedspersoner, der tager sig af denne gruppe af patienter. Dette er vigtigt for at sikre, at disse patienter ikke udsættes for unødigt lidelse som følge af brist i patientsikkerheden.

Det er vigtigt, at reaktive analyser af utilsigtede hændelser suppleres med proaktive tiltag og forbedringsaktiviteter for at højne patientsikkerheden.

### **Opmærksomhedspunkter**

#### **Rapporten viser, at der er behov for, at sundhedsvæsenet:**

- Forbedrer patientens overgange mellem sundhedspersoner og organisationer ved at sikre informationsdeling og tydelig ansvarsplacering, så ingen er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår
- Sikrer hurtig udredning ved mistanke om tilbagefald af kræft og hurtig behandling af yderligere sygdom, for at opnå det bedste resultat for patienten
- Styrker fokus på patientsikkerheden i den palliative indsats.

#### **Rapporten identificerer en række forhold, der vil forbedre rapportering og læring fra de utilsigtede hændelser:**

- I DPSD bør der indføres sygdomsregistrering, for at understøtte sygdomsspecifikke analyser af patientsikkerheden og dermed øge relevansen for dem, der skal lære af hændelserne
- De rapporterede hændelser er mangelfulde ift. at beskrive årsager til, at hændelserne sker, og der er få forslag til forebyggelse af hændelserne. Det viser, at der kan fokuseres mere på kvalitet frem for kvantitet i de sundhedsprofessionelles rapportering af hændelser, så læringsaspektet får større fokus
- Den alvorlighedsscore, der anvendes i DPSD i dag til at beskrive konsekvensen af hændelsen, bruges ikke korrekt, og der er stor variation i, hvordan de sundhedsprofessionelle bruger denne. Der er behov for en mere patientcentreret alvorlighedsscore til at forbedre beskrivelsen af konsekvensen for patienten.

# 1. Indledning

Overlevelsen blandt kræftpatienter er steget gennem de senere år. Denne positive udvikling kombineret med at antallet af mennesker, der rammes af kræft, er stigende, fører til at langt flere end hidtil har behov for sundhedsvæsenets aktive bistand *efter* selve kræftbehandlingen på sygehus, også betegnet *primær behandling*<sup>7</sup>. Gennem de senere år er der kommet opmærksomhed på denne del af kræftforløbet, bl.a. udtrykt i Kræftplan III. I hvilket omfang kræftramte utilsigtet skades af sundhedsvæsenet i forløbet efter den primære behandling har imidlertid ikke været søgt afdækket. Dette er påkrævet for at kende til og håndtere de patientsikkerhedsmæssige udfordringer, der følger efter selve kræftbehandlingen, hvor den kræftramte slipper den tætte kontakt med sygehuset, og andre sundhedspersoner uden for sygehuset får en rolle i den kræftramtes liv.

Efter kræftbehandling er patienternes kontakter til sundhedsvæsenet meget forskelligartede og afhænger af såvel kræftdiagnose, sygdomsstadie, behandlingstype som den enkeltes præferencer for videre kontakter. Nogle kræftramte kommer sig hurtigt og helt, mens andre må behandles livslangt, oplever tilbagefald eller får senfølger efter behandlingen. Kontakterne efter kræftbehandling er relateret til sygdomskontrol, rehabilitering, håndtering af senfølger og andre sygdomme samt palliativ indsats, og involverer både hospital, palliative teams, kommunale tilbud og egen læge i forskelligt omfang. Når ansvaret for den kræftramte på denne måde skifter mellem sundhedspersoner, sektorer eller institutioner, er det en udfordring at sikre kontinuitet i informationen og kommunikation i overgangene. Jo flere overgange og processer et forløb indeholder, jo større er risikoen for, at patienten oplever fejl, komplikationer eller andre hændelser, der kan føre til fysisk eller psykisk skade (5).

Alle patienter er i risiko for utilsigtet at komme til skade eller på anden måde opleve svigt og sikkerhedsbrister, når de er i kontakt med sundhedsvæsenet. Vi ved imidlertid, at risikoen for at kræftpatienter skades ved kontakt med sundhedsvæsenet er særligt høj. Tidligere undersøgelser har således vist, at hver fjerde kræftpatient oplever fejl i forbindelse med deres behandling (6-8), og desuden at 43 % af de kræftspecifikke utilsigtede hændelser er relateret til brist i overgange, hvor ansvaret for patienten skifter (2).

Hovedparten af den viden, der i dag findes om patientsikkerheden blandt danske kræftpatienter, stammer fra sygehusvæsenet med vægt på selve kræftbehandlingen (5-8). Den videnskabelige litteratur om patientsikkerheden i relation til perioden efter kræftbehandling er derimod begrænset (3). Risici i relation til hhv. kontrol, rehabilitering, pleje, tilbagefald af sygdom og palliativ indsats er således ikke velbelyst. Ligeledes mangler der for disse dele af patientforløbet kendskab til sikkerheden i overgange (3).

---

<sup>7</sup> "Selve kræftbehandlingen" eller "kræftbehandlingen" bruges i rapporten som andre ord for "primær behandling". Hermed forstås den behandling som kræftpatienter med primær tumor tilbydes, dvs. den første behandling man giver (operation, strålebehandling, kemoterapi og/eller knoglemarvstransplantation). Primær behandling kan bestå af en eller flere af behandlingsformerne. Det er kendetegnende for disse behandlinger, at de indebærer tæt kontakt med sygehus.

### **Faktaboks: Patientsikkerhed**

Patientsikkerhed handler om at forebygge, at der sker fejl og skade (utilsigtede hændelser), når patienter behandles eller på anden måde er i kontakt med sundhedsvæsenet, og om at sørge for, at konsekvenserne for patienten – hvis uheldet er ude – er mindst mulige.

Utilsigtede hændelser er begivenheder, der:

- Forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed (diagnostik, pleje og behandling)
- Ikke skyldes patientens sygdom
- Er skadevoldende – faktisk eller potentielt (9).

Utilsigtede hændelser kan ikke undgås fuldstændigt, men det er vurderet, at op mod halvdelen kan forebygges (4;8).

Denne rapport bygger på anbefalinger fra Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb og afdækker patientsikkerhedsproblemer blandt kræftramte efter kræftbehandling med fokus på overgangshændelser. Med denne rapport skabes overblik over forhold og situationer, der utilsigtet kan føre til patientskade, og konsekvenserne af disse, og der skabes et udgangspunkt for sikkerhedsforbedrende tiltag.

Analysen er baseret på data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). DPSD giver mulighed for at belyse utilsigtede hændelser fra flere vinkler. Det skyldes, at rapportering af utilsigtede hændelser til DPSD siden 2004 har været lovpligtigt for sundhedspersonalet på hospitaler; i 2010 blev det også lovpligtigt for ansatte i primærsektoren, dvs. praksissektor, den kommunale sundhedssektor<sup>8</sup>, apoteker og det præ-hospitale område; og i 2011 blev DPSD yderligere udvidet til også at omfatte en frivillig rapporteringsmulighed for patienter og pårørende (11).

Rapporten repræsenterer både utilsigtede hændelser blandt de, som for nyligt har afsluttet kræftbehandling, og de kræftoverlevende<sup>9</sup>, der længe har været kræftfri, patienter i sen palliativ fase samt terminale kræftpatienter.

Utilsigtede hændelser opstået i relation til udredning, diagnostik og behandling af patientens primære kræft er ikke med i denne rapport, men er behandlet andetsteds (6-8;13-15).

---

<sup>8</sup> Den kommunale sundhedssektor omfatter den kommunale tandpleje, forebyggelsescentre, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, kommunelæger, misbrugsbehandling, plejeboliger, sociale botilbud, sundheds- og sygeplejecentre, sundhedsplejersker, tilbud til borgere med handicap, træning og andet (10).

<sup>9</sup> Patienter, der har overlevet en kræftsygdom kan estimeres ved antallet af patienter, der lever 5 år eller længere efter en kræftdiagnose (12).

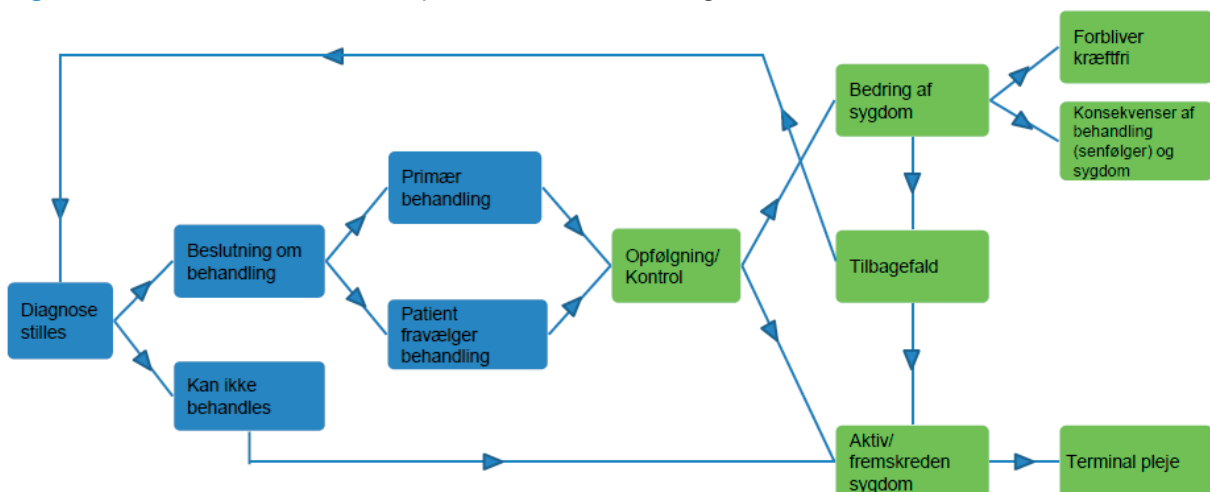


## Faktaboks: Kræftoverlevende i Danmark

- Godt 35.000 danskere rammes årligt af kræft (16).
- Stadig flere personer lever med kræft. Ved udgangen af 2012 levede der mere end 257.000 mennesker i Danmark, som tidligere havde fået stillet en kræftdiagnose (16).
- I takt med at flere og flere overlever kræft opfattes sygdommen i stigende grad som en kronisk frem for en dødelig sygdom.
- Omkring 75 % af mænd og kvinder er i live 1 år efter kræftdiagnosen.
- Over halvdelen af kræftpatienterne overlever deres kræftdiagnose i fem år eller mere (17).

Fokus i denne rapport er tiden efter kræftbehandling (betegnet primær behandling), illustreret ved de grønne bokse i figur 1.

**Figur 1.** Model over forløbet for en patient med en kræftdiagnose.\*



\*Figuren er inspireret af model udarbejdet af National Health Services i England. Hele udredningsperioden op til, at patienten får diagnosticeret kræft, er i denne model udeladt.

Boksene i figuren indeholder de forskellige kontakter og forgreningspunkter for en patient med en kræftdiagnose, og pilene viser de forskellige retninger, som et forløb kan antage. Pilene illustrerer således også, hvordan en patient, der får konstateret tilbagefald af sin kræftsygdom "looper" tilbage til starten af figuren, hvor diagnosen stilles og der igen skal træffes beslutning om behandling, illustreret ved de blå firkanter.

## 1.1 Formål

Rapporten har fokus på patientsikkerheden efter kræftbehandling, såkaldt primær behandling, og giver viden om:

- Antal og typer af utilsigtede hændelser, herunder fordeling på rapportører og hændelsessted
- Problemstillinger i de forskellige typer af ydelser, der følger efter kræftbehandling
- Konsekvenser af de utilsigtede hændelser
- Utilsigtede hændelser i overgange, både inden for samme sektor og mellem sektorer
- Mulige lærings- og forebyggelsestiltag, som kan styrke sikkerheden for patienter og skabe et grundlag for sikkerhedsforbedrende aktiviteter

Analysen er ikke designet til at belyse, hvor ofte utilsigtede hændelser finder sted, men derimod belyse karakteren af rapporterede utilsigtede hændelser og deres relative fordeling.

Rapportens målgruppe er sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med patientsikkerhed, deres ledere samt beslutningstagere på området. Desuden øvrige, der er interesseret i patientsikkerhed.

## 1.2 Kræftramtes kontakter med sundhedsvæsenet efter kræftbehandling

Begrebet *patientforløb*<sup>10</sup> omfatter ofte en idé om en lineær række af kontakter, der tegner patientens vej fra de første symptomer over behandling til evt. rehabilitering eller helbredelse med mange forskellige møder med sundhedsvæsenet: praktiserende læge, speciallæge, sygehus og hjemmesygepleje mv. (19). Patientforløbet efter kræftbehandling på sygehus vil således ikke altid være lineært og rummer ofte flere parallelle eller "cirkulære" kontakter (3).

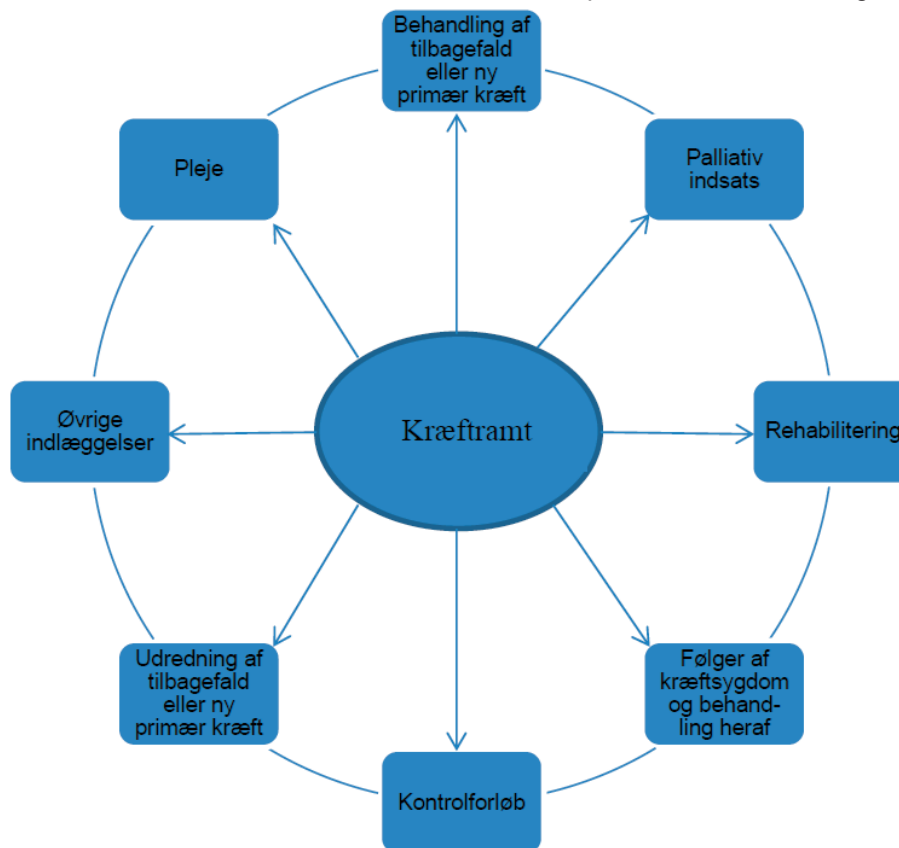
Patienter, der har afsluttet selve kræftbehandling på sygehus, vil herefter typisk gå til kontrolundersøgelser på sygehus. Sygehuset varetager også den specialiserede genoptræning, mens den regionale og kommunale primærsektor varetager opgaver relateret til øvrig fysisk genoptræning, psykosocial rehabilitering og hjemmepleje. Sygehuset og den primære sektor har forskellige roller i en eventuel palliativ indsats, bl.a. afhængigt af specialiseringsgraden af den palliative indsats (20). Den alment praktiserende læge har bl.a. en stor rolle i forhold til håndtering af senfølger og anden samtidig sygdom hos patienten, såsom depression, diabetes o.l. – behandlingen af disse kan dog være delt med sygehus (12).

Kræftramtes kontakter til sundhedsvæsenet efter kræftbehandling er illustreret i figur 2.

---

<sup>10</sup> Et patientforløb kan defineres som "summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse" (18).

**Figur 2.** Kræftramtes kontakter med sundhedsvæsenet efter primær kræftbehandling\*



\* Der vil i nogen grad være overlap i indholdet i de forskellige ydelser, fx mellem rehabilitering og palliation og mellem rehabilitering og behandling af følger til kræftsygdom og kræftbehandling.

De blå bokse i figuren udgør en retningsuafhængig cyklus og illustrerer til sammen de ydelser eller kontakter, som kræftramte kan have brug for i forskelligt omfang og på forskellige tidspunkter efter kræftbehandlingen (eller efter beslutningen om ikke at behandle). I bilag 1 beskrives et udvalg af disse ydelser nærmere. Rapporten tager udgangspunkt i disse forskellige ydelser, sundhedsvæsenet leverer til kræftramte efter selve kræftbehandlingen på sygehus – her defineret som at starte ved den behandlingsafsluttende samtale.

### 1.3 Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

DPSD er et nationalt rapporteringssystem, der drives og supporteres af Patientombuddet. Systemet har fungeret siden 2004 og er en veletableret kilde til viden om patientsikkerhed, idet det rummer beskrivelser af utilsigtede hændelser, deres konsekvenser og rapportørernes forslag til forebyggelse af de rapporterede hændelser.

Første trin i rapportering af utilsigtede hændelser er, at den sundhedsperson, der enten er involveret i eller har opdaget hændelsen, udfylder et webbaseret hændesskema, som automatisk sendes til den region eller kommune, hvor hændelsen er sket (21).

Der er forskellig lovgivning omkring, hvilke utilsigtede hændelser, der skal rapporteres, se tabel 1.

**Tabel 1.** Fakta vedrørende Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD)

<b>Hvad skal rapporteres?</b>	<p>Sundhedspersoner skal ifølge Sundhedslovens kapitel 61 rapportere utilsigtede hændelser. Følgende rapporteringspligt gælder (11;22):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Praksissektoren og det præhospitale område</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, som omhandler infektioner eller som opstår i forbindelse med sektorovergange eller i anvendelse af medicinsk udstyr, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.</li><li>• <u>Den kommunale sundhedssektor</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, som omhandler hhv. patientuheld og infektioner eller som opstår i forbindelse med medicinering eller sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.</li><li>• <u>Apotekssektoren</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser som opstår i forbindelse med sektorovergange, uanset den faktuelle konsekvens for patienten</li><li>• <u>Sygehusvæsenet</u> skal rapportere alle utilsigtede hændelser, uanset den faktuelle konsekvens for patienten.</li></ul>
<b>Formål</b>	<p>Rapporteringssystemet hviler på det grundlæggende paradigme, at utilsigtede hændelser kan undgås ved en åben "no blame-kultur" med fokus på læring (23;24). Sundhedsprofessionelles kan ikke som følge af rapporteringen til DPSD blive straffet (25).</p> <p>Patientsikkerhedsområdet er som følge af læringsperspektivet i vid udstrækning karakteriseret ved, at det primære fokus er på, hvordan systemer og processer sikres mod, at menneskelige fejl medfører skader på patienter (26).</p>
<b>Organisering og opgaver</b>	<p>Rapporteringssystemet opererer på tre planer:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Det lokale plan (rapportørerne)</li><li>• Det regionale/kommunale plan (sagsbehandlerne): modtager, kategoriserer og analyserer hændelserne samt udtrækker læring.</li><li>• Det nationale plan (DPSD og Patientombuddets Læringsenhed): bidrager til læring gennem vidensformidling af analyser og mønstre i de rapporterede utilsigtede hændelser.</li></ul>

Det næste trin i rapportering af hændelsen er, at regionen eller kommunen sagsbehandler hændelsen, med henblik på at der lokalt kan drages læring. Her klassificeres hændelsen efter en modificeret udgave af WHO's ICPS klassifikation<sup>11</sup>, hvor sagsbehandleren udvælger de hændelsestyper, vedkommende mener, er relevante til at karakterisere hændelsen. Klassificering af hændelsen sker på tre niveauer<sup>12</sup>: a) Hændelsestype(r), b) Hvor i processen hændelsen skete, c) Hvori problemet bestod (22).

Desuden scorer sagsbehandleren hændelsens faktuelle skade på patienten i henhold til tabel 2. Endelig indsendes hændelsen til Patientombuddet og den lagres i DPSD (21). Skader som er alvorlige eller dødelige udløser en dybdegående analyse hos dem, der har været involveret i hændelsen (22).

<sup>11</sup> ICPS står for International Classification for Patient Safety og er udviklet af WHO. Se mere i afsnit 2.3 og bilag 2.

<sup>12</sup> Det er kun det første niveau, der er obligatorisk at udfylde. I datamaterialet udtrukket fra DPSD er den ikke obligatoriske del af klassificeringen imidlertid udfyldt i langt de fleste tilfælde.

**Tabel 2.** Klassificering af utilsigtede hændelsers alvorlighedsgrad

Alvorlighed	Faktuel fysisk skade
Ingen skade	Ingen skade.
Mild	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.
Moderat	Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.
Alvorlig	Permanent skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	Død.

## 1.4 Definitioner og terminologi

I denne rapport bruges *selve kræftbehandlingen* eller *kræftbehandlingen* synonymt med *primær behandling* for at gøre sproget mere forståeligt. Med primær behandling forstås den behandling som kræftpatienter med primær tumor tilbydes, dvs. den første behandling man giver (operation, strålebehandling, kemoterapi og/eller knoglemarvstransplantation). Primær behandling kan bestå af en eller flere af behandlingsformerne, og er karakteriseret ved tæt kontakt med sygehus.<sup>13</sup>

Den terminologi, der anvendes i rapporten til at angive *typer* af utilsigtede hændelser samt tilhørende *delprocesser* og *problemer*, er i overensstemmelse med den, der anvendes i WHO's ICPS klassifikation (fremover betegnet WHO-klassifikationen).

Rapporten har et særligt fokus på *overgangshændelser*, dvs. hændelser der opstår når ansvaret for patienten skifter mellem to enheder eller institutioner, fx mellem afsnit, afdelinger, sygehus, lægepraksis eller plejehjem. Overgangshændelser belyser konsekvenser som følge af ansvarsskift og manglende informationsdeling om patienten. Denne analyse har afgrænset sig fra at fokusere på overgange, hvor ansvaret skifter fra én person/team til en anden person/team inden for samme afsnit eller afdeling.

I rapportteksten og i hændelseseksemplerne bruges for enkelthedens skyld hovedsageligt ordene 'patient' og 'kræftpatient', selvom rapportørerne af de utilsigtede hændelser kan have brugt andre ord, såsom 'borger', 'klient' og 'beboer'. 'Patient' og 'kræftpatient' bruges også i resultater og diskussioner, selvom pointerne både gælder patienter, der ikke længere har kræft og patienter, der stadig lever med kræft.

<sup>13</sup> Denne rapport inkluderer også de kræftframte, som fravælger primær behandling, eller som ikke kan tilbydes kurativ behandling, og som derfor overgår direkte til en palliativ indsats.

## 2. Metode og datagrundlag

Datagrundlaget i denne rapport er kræftrelaterede utilsigtede hændelser rapporteret til DPSD fra sundhedsprofessionelle og patienter/pårørende i perioden 1. september 2010 til 31. januar 2013, som har afsluttet sagsbehandling.<sup>14</sup> Disse blev udtrukket via Patientombuddets læringsenhed februar 2013.

De deskriptive analyser af hændelsestyper, antal, konsekvenser samt overgangsproblemer er udført i statistikprogrammet SPSS.

Hændelsesrapporterne er blevet afsøgt for forslag til forebyggelse af hændelserne. Forslagene er samlet i et idékatalog (se bilag 4), som er baseret på en sammenskrivning af rapportørernes forslag til, hvad man kan gøre for at mindske risikoen for, at de pågældende hændelser forekommer.

### 2.1 Identifikation af kræftrelaterede utilsigtede hændelser

Rapportering af hændelser til DPSD sker i dag uden obligatorisk sygdomsregistrering. Kræftspecifikke hændelser skal derfor identificeres ved fritekstsøgning. Dette er sket med udgangspunkt i en række prædefinerede søgeord<sup>15</sup>, der tidligere har været anvendt til at identificere kræfthændelser i DPSD (8). Resultatet af denne søgning var 5.252 rapporter.

Hændelsesbeskrivelserne er meget varierende i detaljeringsgrad og flere er mangelfulde ift. præciseringer af, hvorfor patienten er indlagt, hvor fremskreden sygdommen er, eller hvor patienten er i sit forløb. Rapporterne blev derfor gennemlæst med henblik på verificering af, at:

- patienten har/har haft kræft
- hændelsen er relateret til patientens kræftsygdom eller følger hertil
- hændelsen er sket efter selve kræftbehandlingen (primær behandling)

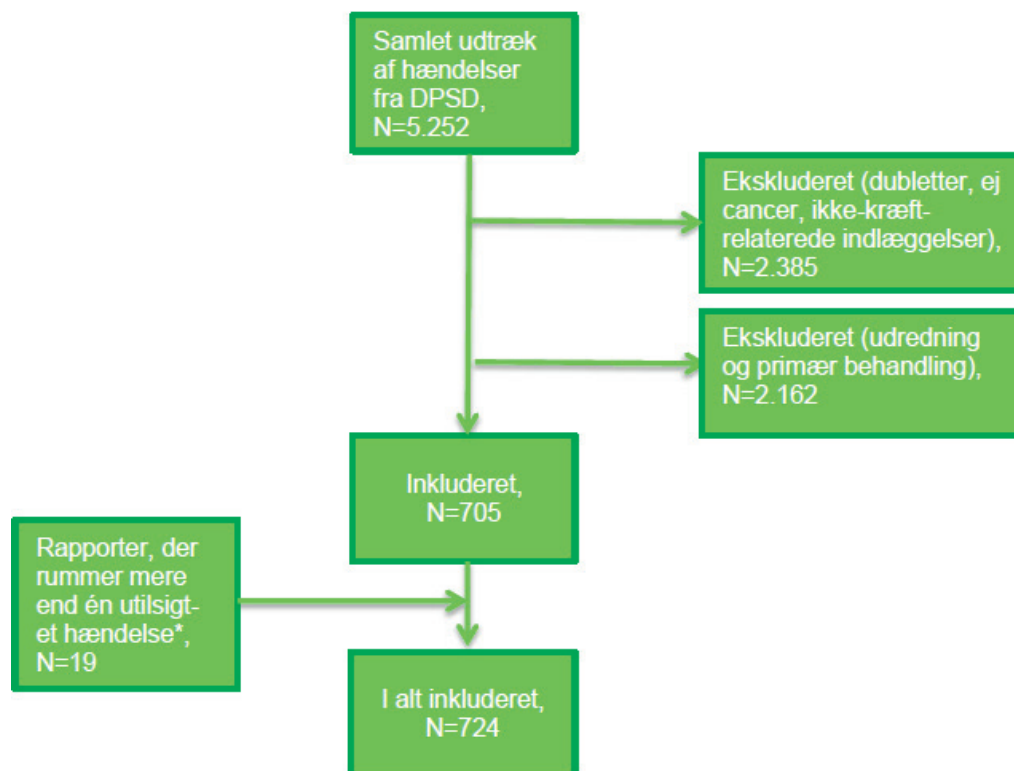
Figur 3 viser flowdiagrammet for udvælgelsen af de 724 utilsigtede hændelser, som er grundlag for analysen i denne rapport.

---

<sup>14</sup> Hændelsesrapporter fra patienter og pårørende er fra tidsperioden 1. september 2011 til 31. januar 2013, da de ikke har haft mulighed for at rapportere hændelser tidligere.

<sup>15</sup> Søgeord: Cancer, tumor, svulst, kemo, malign, recidiv, melanom, kræft (mellemrum før og efter alternativt 'begynder med'), knude, metastase, stråle, ondartet, lymfom, cytostatika, terminal, palliativ, c.

**Figur 3.** Flowdiagram for udvælgelsen af utilsigtede hændelser efter udtræk.



*\*Da en hændelsesrapport kan indeholde beskrivelse af mere end en hændelse, er rapporterne, når dette var tilfældet, opdelt i individuelle (del-)hændelser. Derfor er der her tilføjet 19 ekstra hændelser, da 19 rapporter indeholdte to forskellige hændelser.*

### **Eksklusion**

2.385 rapporter blev ekskluderet, fordi hændelsen enten ikke var relateret til kræftforløbet, ikke omhandlede en kræftpatient/kræftoverlever eller var dublet.

2.162 rapporter blev yderligere ekskluderet, da de enten var relateret til udredning, diagnostik eller behandling af første kræft, eller til ydelser parallelt med selve den primære kræftbehandling. Til de ekskluderede hændelser hører:

- Hændelser relateret til udredning, diagnosticering og behandling af metastaser, som opdages samtidig med primær kræft eller i forbindelse med behandling heraf.
- Indlæggelser i forbindelse med primær kræftbehandling og andre indlæggelser, mens patienten stadig er i primær behandling.

### **Inklusion**

705 rapporter blev inkluderet i analysen. I hændelsesrapporter, hvor der var beskrevet mere end én hændelse, blev hændelserne håndteret enkeltvis, hvilket resulterede i 19 ekstra hændelser. I alt er 724 hændelser således med i den endelige analyse.

De inkluderede hændelser er relateret til de patienter, der har afsluttet primær kræftbehandling, det være sig både patienter, der er kurativt behandlet, patienter som ikke

kan tilbydes kurativ behandling, og patienter som bliver erklæret terminale i forlængelse af diagnosticeringen.<sup>16</sup>

## 2.2 Analyseramme

For at få en struktur på analysen er de utilsigtede hændelser fra DPSD gennemlæst og grupperet i en række forskellige ydelser/kontakter. Hændelserne er analyseret i forhold til:

- Pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor
- Kontrolforløb
- Indsatser rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf i sygehusregi
- Ny udredning og behandling af tilbagefald eller ny primær kræft
- Øvrige indlæggelser på sygehus
- Palliativ indsats, herunder indsats for patienter i terminal fase

Analyserne ser både på tendenser og mønstre på tværs af og i de enkelte ydelser/kontakter.

Tabel 3 indeholder en kort konceptualisering af disse forskellige ydelser og beskriver, hvilke hændelser, der hører til hvilke ydelser. Gennem en række antagelser tager denne konceptualisering højde for begrænsningerne i analys materialet (fx mangelfulde beskrivelser af, hvornår hændelsen sker efter kræftbehandlingen, og hvor fremskreden kræftsygdommen er). Gruppering af hændelserne er foregået ved en grundig gennemlæsning og vurdering.

Prioritering af problemområder til nærmere analyse er sket med afsæt i dels alvorlighed (high risk), hyppig forekomst (high volume) og særlige specifikke temaer i kræftframtes forløb, efter den indledende deskriptive analyse.

---

<sup>16</sup> Hertil hører også: a) Hændelser, der er relateret til patienter, der enten ikke kan behandles eller afstår fra behandling, b) Hændelser, der er relateret til tilbagefald eller spredning, eller patienter som får en helt ny kræftsygdom efter primær behandling (dette er velvidende, at der er tale om et nyt udrednings- eller behandlingsforløb, som potentielt kan minde om forløbet ved udredning og behandling af den første primære kræft), c) Hændelser, der forekommer i forlængelse af den behandlingsafsluttende samtale.



**Table 3.** Beskrivelse af de forskellige ydelser efter kræftbehandling (primær behandling)

Ydelse	Hændelseksempel
<p><b>Pleje/rehabilitering i kommunal sundhedssektor</b></p> <p>Hertil hører hændelser relateret til pleje og rehabilitering (særligt den fysiske genoptræning) i den kommunale sundhedssektor, dvs. forløb på plejehjem, plejecentre eller forløb i eget hjem med hjemmesygepleje mv. Patienterne kan være meget forskellige mht. sygdomsstadie og sygdomsvarighed. <i>Pleje</i> omfatter at hjælpe mennesker med at udføre de daglige funktioner, som de ikke selv kan klare. Hertil hører således også hændelser med manglende medicinsk udstyr, der er nødvendigt for pleje, restitution og rehabilitering.</p> <p>Sundhedsstyrelsen beskriver i Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, at der særligt i den tidligere palliative fase er stort overlap mellem palliativ og rehabiliterende indsats (12). Imidlertid gør hændelsernes detaljeringsniveau det ikke muligt konsekvent at skelne mellem faser af palliativ indsats og rehabilitering. Derfor gælder det i denne rapport, at hændelser kun hører under 'pleje/rehabilitering', hvis hændelsen omhandler patientens pleje i kommunal sundhedssektor eller hvis ordet rehabilitering eller genoptræning er direkte angivet. Hvis det derimod fremgår af hændelsesbeskrivelsen, at patienten er i palliativ behandling eller er terminal, er hændelserne i stedet placeret under den palliative indsats.<sup>17</sup></p>	<p><b>Eksempel</b></p> <p>En patient med blærekræft er blevet opereret i ryggen. Patienten er på plejecenter for at genetablere gangfunktion og finde den rette smertebehandling. Patienten findes smerteforpinet, og det opdages, at smertemedicinen ikke er givet til patienten, selvom den er ordineret.</p>
<p><b>Kontrolforløb</b></p> <p>Rummer de hændelser, der opstår i forbindelse med sundhedsvæsenets tilbud om rutinemæssige kontrolundersøgelser til de patienter, som har afsluttet primær behandling. Hertil hører de hændelser, som skyldes utilstrækkelig/manglende planlægning af patientens kontrolforløb, fx manglende henvisning/indkaldelse til kontrol efter behandlingsafslutning.</p> <p>Hændelserne kan også vedrøre oversete prøvesvar og manglende reaktion på fund, der kræver nærmere udredning, fx mistanke om tilbagefald konstateret i forbindelse med en kontrolundersøgelse.</p> <p>Desuden hører de hændelser hertil, der omhandler manglende henvisninger til fx palliativ behandling i forlængelse af en kontrolundersøgelse.</p>	<p><b>Eksempel</b></p> <p>Der findes høje værdier i blodprøve fra patient i kontrolforløb, som bør undersøges nærmere for, om det er metastaser. Svaret på blodprøve forelægges først ansvarlig læge efter 2 måneder, hvorfor der opstår ventetid på udredningen.</p>

<sup>17</sup> Sundhedsstyrelsen beskriver i Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, at der særligt i den tidligere palliative fase er stort overlap mellem palliativ og rehabiliterende indsats (12). Imidlertid gør hændelsernes detaljeringsniveau det ikke muligt konsekvent at skelne mellem faser af palliativ indsats og rehabilitering. Derfor gælder det i denne rapport, at hændelser kun placeres i nærværende rehabiliterings-/plejeforløb i den kommunale sundhedssektor, hvis hændelsen omhandler patientens pleje eller hvis ordet rehabilitering eller genoptræning er direkte angivet.

### Indsatser rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf i sygehusregi

Hertil hører de hændelser, der omhandler bivirkninger til behandling, følger af kræftsygdom og behandling heraf, herunder senfølger. Hændelserne kan bl.a. vedrøre skift af katetre og stenter efter kræftbehandlingen eller senfølger (fx stråleskader). Hændelser kan også være relateret til en følge af kræftsygdom, fx at patienten falder, da han er lammet pga. hjernetumor, eller at en patient udviser psykiatriske symptomer som følge af sygdom. De få hændelser, der omhandler forsinket opstart af antihormonbehandling efter primær behandling hører også hertil. Fælles for alle hændelserne er, at de foregår i sygehusregi.

### Eksempel

Patient med dissemineret prostatacancer skal have sit kateter skiftet. Dette kan man ikke på stam-sygehuset, og man sender derfor patienten videre. Men urologisk afdeling på det andet hospital har ikke fået information om visitation, og patienten kommer til at sidde i modtagelsen på det andet hospital i 5 timer, og patienten er da svært kontaktbar.

### Udredning/behandling af tilbagefald af kræft eller ny primær kræft

Hændelserne kan vedrøre tilfældig opdagelse af mistænkelig proces, som skal udredes (fx i forbindelse med anden indlæggelse). Eller at patient tager kontakt til sundhedsvæsenet pga. opståede symptomer på tilbagefald uden for planlagt kontrol. Hændelser, hvor mistanken om og udredning af tilbagefald er afledt af en planlagt kontrolundersøgelse hører til under 'kontrolforløb'.

Til denne ydelse hører også hændelser, der omhandler behandling for tilbagefald og fremskreden kræftsygdom<sup>18</sup>, herunder medullært tværsnitssyndrom. Hændelser kan også omhandle henvisning til en sådan behandling. Hvis det fremgår eksplicit af hændelsen, at der er tale om palliativ behandling, hører hændelsen til under 'palliativ indsats'.

### Eksempel, udredning

Kræftpatient under mistanke for tilbagefald eller ny primær kræft. Henvisning til udredning står som "sendt" i den elektroniske patientjournal, men der er ikke nogen, der i den anden ende har reageret på denne henvisning. Samtidig kan afsenderen ikke se, om den er modtaget. Patienten undrer sig over ikke at blive indkaldt og kun derved opdages det, at henvisningen ikke er modtaget. Konsekvensen er, at modtagelsen af henvisningen bliver fjorten dage forsinket, hvormed udredning af tilbagefald forsinkes

### Eksempel, behandling

Patient er for flere år tilbage strålebehandlet. Ved ny strålebehandling af metastaser overlapper område med det gamle. Der foreligger ikke forud for behandlingsplanlægning oplysninger om den givne behandling, og det opdages først ved selve godkendelsen af behandlingsplanen.

<sup>18</sup> Ofte bruger rapportørerne ordet "dissemineret sygdom". Det er et begreb, der dækker over "fremskreden sygdom", altså at kræften har spredt sig fra sit oprindelige udgangspunkt eller kontakt i kroppen til andre regioner, der ikke var dens specifikke mål for angreb. I rapportøremes hændelsesbeskrivelser står der ofte "dissemineret sygdom" uden det er nærmere angivet, hvor fremskreden kræftsygdommen er.

### Øvrige indlæggelser på sygehus

Rummer de indlæggelser, hvor det er uklart, hvorfor patienten er indlagt eller hvor patienten er i sit forløb, og som ikke er en indlæggelse, der vedrører følger af kræftsygdom eller behandling heraf. Hændelser kan fx omhandle akutte indlæggelser, indlæggelser på mistanke om sepsis eller apopleksi eller øvrige indlæggelser, hvor komorbiditet er centralt. De patienter, hændelserne omhandler, varierer meget mht. hvor længe, der er gået efter primær behandling (fra forholdsvis kort tid til mange år efter) samt sygdomsstatus.

### Eksempel

Patient med dissemineret kræft er indlagt pga. mistanke om endnu en apopleksi. Patienten falder under indlæggelse selvom der er lagt faldplan. Faldet skyldes, at de hospitalsbukser han har på er for lange (one size), og patienten har bare fødder.

### Palliativ indsats

Hændelser omhandler både patienter, der har levet med kræft i mange år og som ikke kan tilbydes kurativ behandling, samt patienter, der er nydiagnosticerede, men som ikke kan kurativt behandles og derfor overgår til en palliativ behandling eller bliver erklæret terminale. Fælles for alle hændelserne er, at det skal fremgå direkte af hændelsesbeskrivelsen, at patienten er palliativ patient, terminal patient eller i palliativ behandling.

Det er ofte uklart, hvilken palliativ fase (jf. bilag 1), der er tale om, da der ofte blot står "palliativ patient" eller "palliativ behandling".

Hændelser vedrørende palliativ behandling omhandler den medicinske smertelindrende behandling, palliativ stråleterapi, palliativ kemoterapi og kirurgiske indgreb med palliativt sigte.

Hændelser, der omhandler den palliative indsats overfor terminale patienter er både relateret til plejen af den terminale patient, den medicinske smertelindring samt uhensigtsmæssige indlæggelser i terminale forløb, der resulterer i en ikke optimal afslutning på livet.

### Eksempel, palliativ behandling

Palliativ patient med fremskreden cancer indlagt fredag til optimering af smertebehandling. Patient gives en stærk koncentration af opioider. Pga. weekend og dermed manglende fast lægepersonale, overvåges patient ikke tilstrækkeligt og findes bevidstløs pga. overdosis af opioider.

### Eksempel, terminale patienter

Terminal kræftpatient har ved tidligere indlæggelse sagt, at han ønsker at dø i hjemmet. Egen læge er imidlertid ikke orienteret om patientens ønsker og vælger at indlægge patient, selvom patienten er døende. Patienten ender med at dø på hospitalet mod hans vilje og ikke i eget hjem

## 2.3 Variable i datasættet fra DPSD og supplerende variable

Datasættet, som udtrækkes fra DPSD, rummer følgende variable og type af data udfyldt af hhv. rapportør og sagsbehandler:

### Rapportør

- Hændelsessted<sup>19</sup>
- Hændelsesbeskrivelse: fritekst
- Konsekvens: fritekst beskrivelse af den umiddelbare konsekvens for patienten. Ikke obligatorisk at udfylde
- Forebyggelse af hændelsen<sup>20</sup>: her kan rapportøren komme med forslag til, hvordan den beskrevne hændelse kan forebygges i fremtiden (fritekst). Ikke obligatorisk at udfylde

<sup>19</sup> Hændelsessted kan være: almen praksis, speciallæge, offentligt sygehus, apotek, præhospitalet, sundheds- og sygeplejecentre, vagtlægeordningen, plejebolig, hospice, privathospital, hjemmepleje.

- Faggruppe
- Patientens køn + alder

### Sagsbehandler

- Klassifikation af hændelserne efter hændelsestyper: se bilag 2 om WHO-klassifikationen
- Alvorlighed af den fysiske skade på patient: klassificeret i henhold til tabel 2

### Supplering og re-klassificering

Hændelserne i datasættet fra DPSD er ved gennemlæsning suppleret og omkodet som følger:

- Klassifikation af hændelserne efter hændelsestyper: supplering af sagsbehandlerens klassifikation af hændelserne efter type baseret på WHO-klassifikationen, hvor disse blev vurderet mangelfulde til at beskrive hændelsens karakter, se nærmere i afsnit 2.3.1
- Alvorlighed af hændelsen: re-klassificering af hændelsernes alvorlighed samt tilføjelse af *forsinkelse-kategori*, se nærmere i afsnit 2.3.2
- Type af forsinkelse: se nærmere i afsnit 3.3.2
- Ydelse: hvilken ydelse hændelsen omhandler, jf. afsnit 2.2.
- Type af overgangshændelse: hvilken type af overgang er der tale om, fx overgang inden for samme sektor eller mellem sektorer samt involverede institutioner/organisationer, se nærmere i afsnit 3.4-3.6

Ved både suppleringer af hændelsestyper og ved re-klassificering af alvorlighedsscore er rapportørernes beskrivelser af hændelserne taget for pålydende, dvs. at der ikke er anvendt gisninger eller logiske slutninger om årsagsforhold, som ikke er dokumenteret i rapportørernes hændelsesbeskrivelser. Ved manglende oplysninger om hændelsestypens problem eller proces er disse felter således kodet som "andet/missing", og ved ingen oplysninger om skaden på patienten, er alvorlighedsscoren kodet konservativt, dvs. som "ingen skade".

#### 2.3.1 Supplering af sagsbehandlerens klassificering af hændelsestyper

Supplering af sagsbehandlerens klassifikation af hændelsestyper er foretaget, da det ved gennemlæsning af hændelserne blev vurderet, at de oprindelige klassificeringer af hændelsestyper efter WHO-klassifikationen i mange tilfælde var utilstrækkelige til at beskrive hændelsernes karakter. Desuden var klassifikationen anvendt meget uensartet blandt de forskellige sagsbehandlere. Formålet med systematisk at supplere klassificeringen af hændelsestyperne er at sikre at analyserne i denne rapport viser et mere fuldstændigt billede af, hvordan hændelserne fordeler sig på de enkelte hændelsestyper, processer og problemer.

Suppleringer af hændelsestyperne er foretaget af rapportens førsteforfatter, og et udsnit af hændelserne er drøftet med anden person med sundhedsfaglig baggrund.

---

<sup>20</sup> Det skal bemærkes, at det ikke er obligatorisk for rapportørerne at udfylde forslag til forebyggelse, hvorfor feltet ikke altid er udfyldt. Ligeledes er indholdet af forslagene af meget varierende karakter, og ofte er der ikke tale om et egentligt forslag til forebyggelse.

I processen med at supplere rapportørernes klassifikationer er de oprindelige klassificeringer af hændelsestyper bevaret og er udelukkende suppleret med flere hændelsestyper. Hver hændelse indeholder maksimalt tre hændelsestyper med tilhørende oplysninger om processtrin og problem, da det er oplevelsen, at det er tilstrækkeligt til at beskrive hændelsen.<sup>21</sup>

### 2.3.2 Re-klassificering af hændelsernes alvorlighedsgrad

Inden indsendelse til DPSD scores den utilsigtede hændelses alvorlighedsgrad af rapportør og/eller sagsbehandler. Scoren skal være udtryk for den *faktuelle* fysiske skade, som den utilsigtede hændelse medfører patienten, jf. tabel 2. Det vil sige, at utilsigtede hændelser, der potentielt kunne have medført stor skade, men som ikke faktisk gjorde det, skal scores som "ingen skade".

Ved gennemlæsningen af hændelserne ses imidlertid en klar tendens til, at det ofte er den potentielle skade, hændelsen kunne have medført, der kodes som faktisk skade, snarere end den skade, der rent faktisk er sket. For at sikre en konsekvent brug af scoren, som er i overensstemmelse med tabel 2, er det derfor besluttet at re-klassificere samtlige alvorlighedsscorer ved gennemlæsningen. De hændelser, som opdages/håndteres inden det får konsekvens for patienten (nærhændelse), scores alle som *ingen skade*.

I gennemgangen af hændelserne blev det tydeligt, at en anden problemstilling ved alvorlighedsscoren er relateret til, at en stor andel af hændelserne omhandler forsinkelse/ventetid på enten udredning, behandling eller viderehenvisning, uden at den faktuelle skade af denne ventetid/forsinkelse nødvendigvis er kendt eller angivet – formentlig fordi det i mange tilfælde kun er den potentielle skade af forsinkelsen på patienten, der er kendt på rapporteringstidspunktet eller at det er vanskeligt at bedømme den faktuelle skade af netop forsinkelsen. Alligevel er alvorligheden af hændelsen ofte scoret som moderat eller alvorlig skade, men dog meget uensartet og ikke baseret på den faktuelle skade. Uensartet klassificering af alvorlighed er også konstateret i tidligere undersøgelser (15). I forbindelse med re-klassificering af alle alvorlighedsscorerne er det derfor besluttet at oprette en ny kategori betegnet "forsinkelse". Herved tages højde for, at det kan være vanskeligt at udtale sig om den faktuelle skade af ventetid eller forsinkelse. Forsinkelseskategorien rummer således alle de hændelser, hvor konsekvensen af hændelsen er relateret til et *væsentligt element* af forsinkelse eller ventetid<sup>22</sup>, og disse er således ikke scoret ud fra alvorlighedsscoren i tabel 2.

---

<sup>21</sup> Det kan ofte være relevant at klassificere én hændelse efter flere hændelsestyper. For eksempel kan en hændelse, hvor en patient utilsigtet udvikler tryksår som følge af manglende specialmadras opstået på baggrund af fejlkommunikation mellem sygehus og hjemmepleje, falde under tre hændelsestyper med tilhørende klassificering af proces og problem ved klassifikationen i DPSD, da hændelsestyperne ikke er gensidigt udelukkende: a) Kliniske processer (hændelsestype), Pleje, genoptræning og terapi (proces), Ikke udført (problem), b) Medicinsk udstyr (hændelsestype), Udstyr ikke tilgængeligt (problem), c) Kommunikation (hændelsestype), Mellem sektorer (proces), Uklar/ufuldstændig/manglende information (problem). En anden grund til at anvende flere hændelsestyper er, at visse hændelsestyper kan bruges til at angive medvirkende faktorer ved den primære hændelse, fx kommunikationsfejl eller manglende/utilstrækkelige procedurer. De tre hændelsestyper Administrative processer, Kliniske processer, Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation har en generel karakter og kan i højere grad end de øvrige hændelsestyper udgøre 'medvirkende faktorer', dvs. være relevante forhold omkring hændelsen, uden at være den direkte eller udløsende faktor (22).

<sup>22</sup> Med *væsentlig* element af forsinkelse forstås ventetid/forsinkelse, der går ud over en grænse, som her er fastsat til over 1 uge. Ligeledes er hændelser, som kunne have medført forsinkelse, men hvor det forinden blev opdaget og afværget heller ikke kodet som forsinkelse i alvorlighedsscoren. Forsinkelse behandles som et selvstændigt tema i afsnit 3.3.2.

### 3. Resultater

I tabellerne vises resultaterne som udgangspunkt således, at de største andele står øverst. Der rapporteres kun de største grupper af hændelsestyper med tilhørende delprocesser og problemer. Det fulde materiale i tabelform ses i bilag 3.

Hændelseseksempler er brugt til at illustrere de pågældende problemstillinger. Der er tale om forkortede og forenkledede versioner af de rapporterede hændelser, og de er samtidig lettere omskrevet, hvis det var nødvendigt for læsbarheden. Hændelseseksempler er i videst muligt omfang udvalgt ud fra, at de er repræsentative.

Når resultaterne læses, er det vigtigt at være opmærksom på, at hver hændelse er kategoriseret efter op til tre hændelsestyper. Derfor er opsummeringer af fordelingen på hændelsestyper tilsammen altid over 100 %.

I figurer og tabeller angiver "N" antallet af hændelser eller hændelsestyper, som den pågældende opgørelse er baseret på, og som er brugt til at beregne procentsatser. "N" varierer i de forskellige analyser.

#### 3.1. Antal hændelser: rapportører og hændelsessted

I perioden 1.9.2010 til 31.1.2013 er der i alt rapporteret og færdigbehandlet 211.750 rapporter i DPSD. Denne rapport bygger på 724 hændelser fra denne periode.

Tabel 4 er en oversigt over, hvem der har rapporteret hændelserne.

**Tabel 4.** Antal rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på rapportør (N=724)

Reportør	Antal (%)
Sygeplejefagligt personale	324 (45)
Lægefagligt personale	198 (27)
Anden sundhedsfaglig profession	120 (17)
Lægeseekretær	30 (4)
Pårørende	22 (3)
Administrativt personale	8 (1)
Sundhedsfaglig visitator	8 (1)
Trænende personale	6 (1)
Ambulancepersonale	4 (1)
Patient	4 (1)

Tabellen viser, at 698 af de 724 hændelser er rapporteret af sundhedsfagligt personale. Sygeplejefagligt personale har rapporteret klart den største andel (45 %) efterfulgt af lægefagligt personale (27 %). Kun 1 % af de utilsigtede hændelser er rapporteret af patienten selv, og 3 % er rapporteret af patientens pårørende. Resultaterne afspejler derfor i høj grad de utilsigtede hændelser, sundhedsprofessionelle har oplevet og rapporteret.

Tabel 5 viser fordelingen af de utilsigtede hændelser på hændelsessted, som angivet af rapportørerne.

**Tabel 5.** Hændelsessted

Hændelsessted	Antal (%)
Offentlige sygehuse, herunder palliative teams	624 (86)
Hjemmeplejen/hjemmesygeplejen	36 (5)
Plejebolig og plejecentre	23 (3)
Praktiserende læger	16 (2)
Andet, herunder visitationsenheder	11 (1)
Vagtlægeordningen	5 (1)
Præhospital	5 (1)
Genoptræning	4 (1)

Her ses det bl.a., at offentlige sygehuse er angivet som det hyppigste hændelsessted (86 %). Det skal imidlertid bemærkes, at hændelsen ofte også involverer en anden part, hvilket ikke er angivet i tabellen. Det kan fx være en overgang mellem to sektorer eller institutioner, eksempelvis mellem sygehus og hjemmepleje.<sup>23</sup>

Den store andel af hændelser på sygehuse er ikke nødvendigvis udtryk for flere utilsigtede hændelser eller dårligere patientsikkerhed. Det kan derimod skyldes, at det har været lovpligtigt at rapportere utilsigtede hændelser på offentlige sygehuse i længere tid end andre steder, og kulturen med rapportering og læring af egne utilsigtede hændelser som følge heraf er mere moden.

I tabel 6 er de 724 hændelser fordelt på de forskellige ydelser, som beskrevet i afsnit 2.2.

---

<sup>23</sup> Disse overgange vil analyseres nærmere i afsnit 3.4-3.6.

**Tabel 6.** Hændelser fordelt på ydelser (N=724)

Ydelse	Antal (%)
Palliativ indsats <ul style="list-style-type: none"> <li>Palliativ behandling, herunder palliativ behandling med stråleterapi eller operation samt medicinsk smertelindring</li> <li>Indsats overfor patienter i terminal fase, herunder plejeindsats og smertelindring</li> </ul>	<b>222 (31)</b> 111 (50) 111 (50)
Udredning <sup>24</sup> eller behandling for tilbagefald eller ny primær kræft <ul style="list-style-type: none"> <li>Udredning af tilbagefald/ny kræft, opdaget uden for planlagt kontrol</li> <li>Behandling af tilbagefald</li> <li>Behandling af medullært tværsnitssyndrom (fremskreden sygdom)</li> </ul>	<b>150 (21)</b> 71 (47) 70 (47) 9 (6)
Kontrolforløb	<b>124 (17)</b>
Øvrige indlæggelser eller kontakter på sygehus, ink. præhospital indsats	<b>94 (13)</b>
Pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor	<b>80 (11)</b>
Indsatser rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf på sygehus	<b>54 (7)</b>

Af tabellen fremgår det bl.a., at den palliative indsats er repræsenteret med flest hændelser i denne analyse. Man skal dog ikke se det forskellige antal af utilsigtede hændelser i de enkelte ydelser som udtryk for, at nogle er mere eller mindre patientsikre end andre.

## 3.2 Typer af sikkerhedsproblemer

### Hændelsestyper

Hver hændelse kan som tidligere nævnt klassificeres efter op til tre forskellige af de i alt 13 hændelsestyper i DPSD, da det ofte er relevant at bruge mere end en hændelsestype til at karakterisere hændelsen. Hændelsestyperne er således ikke gensidigt udelukkende<sup>25</sup>, fx vil en administrativ proces ofte være afhængig af dokumenter eller anden kommunikation, og vil derfor ofte samtidig blive klassificeret under hændelsestypen sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation. Derfor vil hhv. høje og lave andele af hændelsestypen administrative processer ofte følges ad med hhv. høje og lave andele af hændelsestypen sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation. De tre hændelsestyper administrative processer, kliniske processer, sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation har desuden en generel karakter og kan i højere grad end de øvrige hændelsestyper udgøre 'medvirkende faktorer', dvs. være relevante forhold omkring hændelsen, uden at være den direkte eller udløsende faktor (22).

De 724 utilsigtede hændelser i denne rapport har givet anledning til 1526 registreringer af hændelsestyper, hvilket svarer til et gennemsnit på 2,1 hændelsestype pr. hændelse.

<sup>24</sup> Det skal bemærkes, at der her er tale om de tilfælde af udredning af tilbagefald, hvor det ikke er angivet, at det er i forbindelse med det planlagte kontrolforløb. De hændelser med udredning af tilbagefald, som er relateret til utilstrækkeligheder i kontrolforløbet, er placeret under 'kontrolforløb'.

<sup>25</sup> Se bilag 2.



Tabel 7 giver et overblik over, hvordan de 724 utilsigtede hændelser fordeler sig på de 13 mulige hændelsestyper.

**Tabel 7.** Hændelserne fordelt på hændelsestyper. Opgjort i antal og i andel af de 724 hændelser.

Hændelsestyper	Hændelsestyper, antal, N=1.526	% andel af alle hændelser, N=724*
Administrative processer	422	58 %
Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation	405	56 %
Kliniske processer	301	42 %
Medicinering	197	27 %
Individ, team og organisation	102	14 %
Medicinsk udstyr	44	6 %
Patientuheld	34	5 %
Bygninger og infrastruktur	7	1 %
Infektion	6	1 %
Anden utilsigtet hændelse	4	1 %
Blod og blodkomponenter	2	0 %
Gasser og luft til medicinsk brug	1	0 %
Selvskaade, selvmordsforsøg eller selvmord	1	0 %

\*Procentandelene summerer op til mere end 100 %, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper.

Af tabellen fremgår det, at det især er fire hændelsestyper, som hændelserne relaterer sig til: administrative processer (58 %), sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (56 %), kliniske processer (42 %) og medicinering (27 %).

De fire største grupper af hændelsestyper fordeler sig som følger med tilhørende delprocesser<sup>26</sup>:

- **Administrative processer (422 hændelser, 58 %), heraf følgende delprocesser:**
  - Aftale/indkaldelse/henvisning/rekvisitioner (131 hændelser, 31 %)
  - Udskrivelse (88 hændelser, 21 %)
  - Behandlingsforløb/patientforløb (84 hændelser, 20 %)
  - Overdragelse af ansvar (63 hændelser, 15 %)<sup>27</sup>

Problemerne i de oplyste delprocesser er helt overvejende relateret til, at de enten ikke er udført eller ikke er udført til rette tid (50 %, 184 ud af 366 hændelser), eller at de er ufuldstændige/utilstrækkelige (38 %, 140 ud af 366 hændelser). For de utilsigtede

<sup>26</sup> Her præsenteres kun de hændelsestyper og tilhørende delprocesser, der rummer flest hændelser. Derfor vil antallet af hændelser i de enkelte delprocesser ikke i alle tilfælde summere op til antallet af hændelser under de overordnede hændelsestyper. I bilag 3 ses det fuldstændige materiale i tabelform.

<sup>27</sup> Overdragelse af ansvar er en proces, der går igen i mange hændelser og flere end der her er angivet. Det giver derfor ikke mening alene at tolke overdragelse af ansvar som at være en problemstilling i 15 % af de administrative hændelser - dette tal er højere. Det skyldes en problemstilling ved selve WHO klassifikationen, hvor "overdragelse af ansvar" er implicit i flere andre delprocesser i hændelsestypen Administrative processer, og således også ofte ses i hændelser, der omhandler delprocesserne: behandlingsforløb/patientforløb, indlæggelse/modtagelse, udskrivelse og aftale/indkaldelse/henvisning. Overdragelse af ansvar er en problemstillingen, som analyseres nærmere i afsnit 3.4-3.6 om overgange.

hændelser, der omhandler aftale/indkaldelse/henvisning/rekvisition er det 74 %, som omhandler, at denne ikke er udført/ikke udført til rette tid (97 ud af 131 hændelser).

- **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (405 hændelser, 56 %), heraf følgende delprocesser:**

- Mellem sektorer (121 hændelser, 30 %)
- Mellem teams/afsnit/afdelinger (115 hændelser, 28 %)
- Inden for team/afsnit (72 hændelser, 18 %)
- Mellem hospitaler/institutioner (47 hændelser, 12 %)
- Med patient/pårørende (46 hændelser, 11 %)

Problemerne i de oplyste delprocesser handler helt overvejende om, at informationen (mundtlig eller skriftlig) er uklar/ufuldstændig/manglende (62 %, 250 ud af 401 hændelser), eller at der er manglende eller forsinket adgang til dokumentation (20 %, 79 ud af 401 hændelser). Den største andel af uklar/ufuldstændig/manglende information forekommer i kommunikationen og dokumentationen hhv. mellem sektorer og med patient/pårørende.

- **Kliniske processer (301 hændelser, 42 %), heraf følgende delprocesser:**

- Behandling og kontrol (149 hændelser, 50 %)
- Sygdomsudredning (50 hændelser, 17 %)
- Pleje og genoptræning (46 hændelser, 15 %)
- Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests (46 hændelser, 15 %)

I de oplyste delprocesser er problemerne primært relateret til, at disse ikke er udført/ikke udført til rette tid (49 %, 142 ud af 291 hændelser), at de er ufuldstændige/utilstrækkelige (28 %, 82 ud af 291 hændelser), eller at det er en forkert proces (15 %, 44 ud af 291 hændelser). I processerne fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests samt sygdomsudredning er 65 % relateret til, at processen ikke er udført/ikke udført til rette tid.

- **Medicinering (197 hændelser, 27 %), heraf følgende delprocesser:**

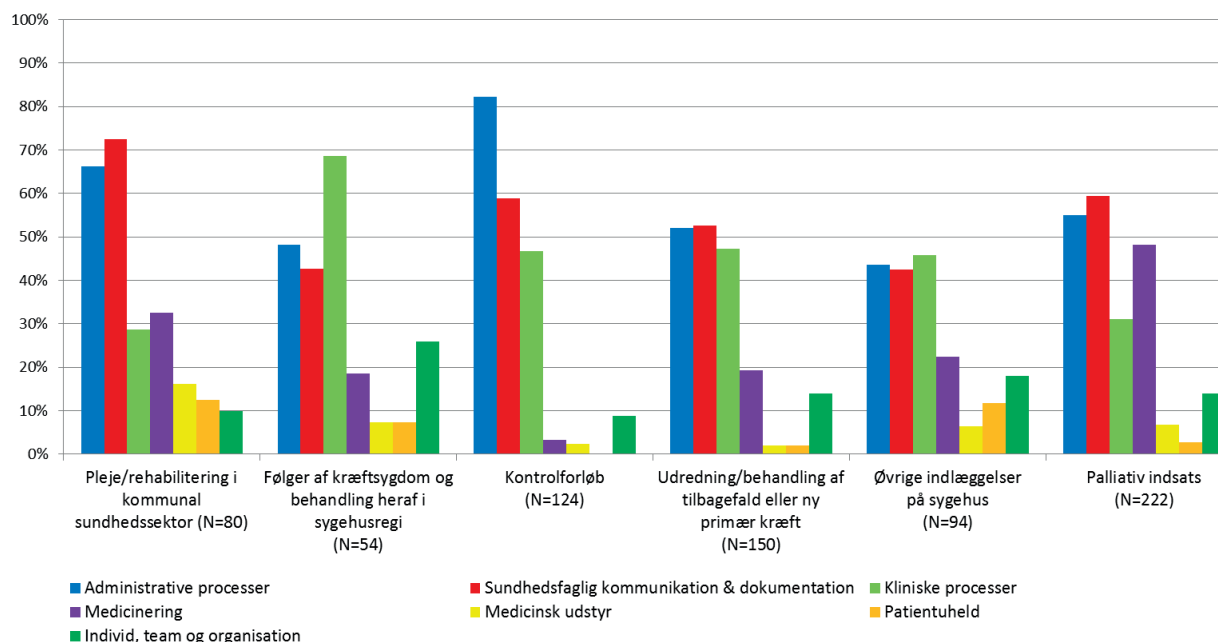
- Ordination (87 hændelser, 44 %)
- Administration (42 hændelser, 21 %)
- Dokumentation (24 hændelser, 12 %)
- Dispensering (23 hændelser, 12 %)

Inden for de oplyste delprocesser er problemerne overvejende relateret til, at det er en forkert proces/proces ikke udført/mangelfuldt udført (40 %, 70 ud af 176 hændelser), eller at det er en forkert dosis/tidspunkt/frekvens af medicin (36 %, 64 ud af 176 hændelser). Særligt er dokumentation af medicinen ofte ikke udført/mangelfuldt udført, svarende til 67 %. Problemet i relation til hhv. administration og dispensering af medicin er overvejende, at det er en forkert dosis/tidspunkt/frekvens, svarende til 43 %.

### 3.2.1 Typer af sikkerhedsproblemer i de forskellige ydelser

Figur 4 giver et overblik over, hvilke typer af hændelser, der karakteriserer de enkelte ydelser.

**Figur 4.** Fordeling af hændelsestyper inden for de enkelte ydelser. Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver ydelse (N).\*



\*Procentandelene i de enkelte ydelser summerer op til mere end 100 % i hver ydelse, da hver hændelse kan beskrives med flere hændelsestyper.

Af figuren kan man se, at der er stor forskel på fordeling af hændelsestyper i de forskellige hændelser. Forskellene kan afspejle, at nogle problemstillinger er mere udbredte i nogle ydelser end andre, men også at nogle problemstillinger har særligt fokus i nogle institutioner eller sektorer, se også tabel 1. I det følgende ses nærmere på udvalgte ydelser.

Figur 4 viser eksempelvis, at de hyppigst rapporterede hændelser i forbindelse med pleje/rehabilitering i kommunal sundhedssektor har relation til administrative processer (66 %) og sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (73 %). En gennemgående problemstilling er her bl.a. manglende samarbejde og deling af dokumentation og information om patient i overgangen mellem sygehusindlæggelse og den kommunale sundhedssektor. Medicineringsproblematikker forekommer i hver tredje hændelse (33 %), der har relation til pleje/rehabilitering i kommunal sundhedssektor og en gennemgående problematik er her ofte utilstrækkelig afklaring/afstemning af patientens medicin eller medicinliste ved indlæggelse og udskrivelse. Inden for pleje/rehabilitering forekommer også den største andel af hændelser, der omhandler medicinsk udstyr (16 %). En problemstilling, der knytter sig til dette er bl.a., at medicinsk udstyr til rehabilitering, genoptræning eller pleje (fx trykafastende madras til forebyggelse af tryksår) ikke er tilgængeligt på plejehjem, hjemmeplejen eller lignende efter udskrivelse fra sygehus. Det er også i pleje/rehabilitering, at patientuheld fylder mest (13 %), hvilket især omhandler faldproblematikker.

De hyppigst rapporterede hændelser i forbindelse med kontrolforløb er administrative processer (82 %) og sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (hhv. 59 %). Det hænger bl.a. sammen med, at mange hændelser er kendetegnet ved brist i forbindelse med indkaldelse og henvisninger til dels opstart af kontrolforløbet og henvisninger til prøver og undersøgelser, der skal foretages i forbindelse med kontrolforløbet (sidstnævnte bevirker at der også er en stor andel, der omhandler hændelsestypen Kliniske processer).

I forbindelse med udredning/behandling af tilbagefald, ny primær kræft eller medullært tværsnitssyndrom er næsten hver anden hændelse (47 %) relateret til kliniske processer. I udredningen er problemerne især knyttet til, at fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests ikke er udført til rette tid, eller at der ikke har været den fornødne udredning ved (mistanke om) tilbagefald/progression af sygdom. I hændelserne, der omhandler behandling ses eksempler på bestråling af et forkert område, overdosis af stråleterapi eller at patienten ikke får den korrekte understøttende medicin sideløbende med strålebehandling, som er vigtig for at sikre den bedst mulige lindring eller for at forebygge bivirkninger af behandlingen. I hændelserne, der omhandler patienter med (mistanke om) medullært tværsnitssyndrom, ses der flere eksempler på, at der ikke gives akut behandling af dette, hvilket ofte er påkrævet i denne situation. En stor del af de administrative processer i udredning/behandling af tilbagefald eller ny primær kræft er relateret til utilstrækkelige eller ikke afsendte henvisninger/indkaldelser, hvilket ofte fører til, at udredning og behandling forsinkes unødigt.

I den palliativ indsats omhandler 48 % af hændelserne medicinering, svarende til hver anden hændelse. Problemstillingerne er i stort omfang relateret til den smertelindrende medicin, fx manglende skift af smertelindrende plastre, utilstrækkelig smertelindring, eller overdosis af potente lindrende lægemidler. Problemstillinger i de kliniske processer (ofte i kombination med administrativ proces eller sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation) omhandler ofte selve den palliative behandling, fx fejl ved palliativ strålebehandling, eller forsinket opstart af palliativ strålebehandling (ofte pga. brist i henvisning/indkaldelse til denne behandling).

### 3.3 Hændelsernes konsekvenser

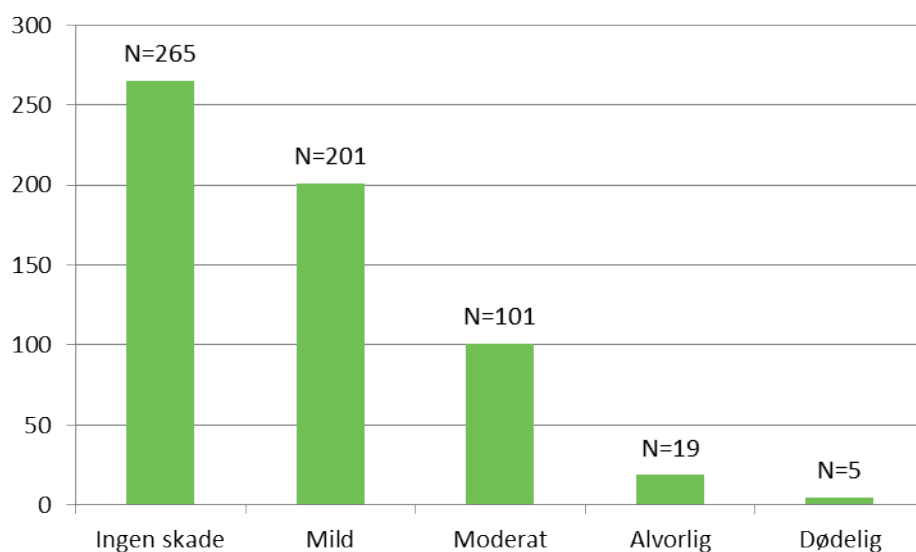
Alvorligheden af de fysiske skader, som de utilsigtede hændelser medfører, afspejles i figur 5.<sup>28</sup> Det skal her fremhæves, at det i 133 (18 %) af de 724 hændelser fremgår, at hændelsen har medført ventetid/forsinkelse på enten udredning, behandling eller viderehenvisning, og at den faktuelle skade af forsinkelsen i mange tilfælde ikke er kendt eller er svær at bedømme. Disse hændelser analyseres særskilt<sup>29</sup>, jf. afsnit 2.3.2, og er ikke inkluderet i nedenstående figur. Figur 5 er således baseret på 591 hændelser, der er scoret efter faktisk fysisk skade.

---

<sup>28</sup> Jf. afsnit 2.3.2 er rapportørernes alvorlighedsscore af hændelserne blevet re-klassificeret. Det er de re-klassificerede scorer, der vises i figuren.

<sup>29</sup> Se afsnit 3.3.2.

**Figur 5.** Alvorligheden af de fysiske skader (N=591)\*

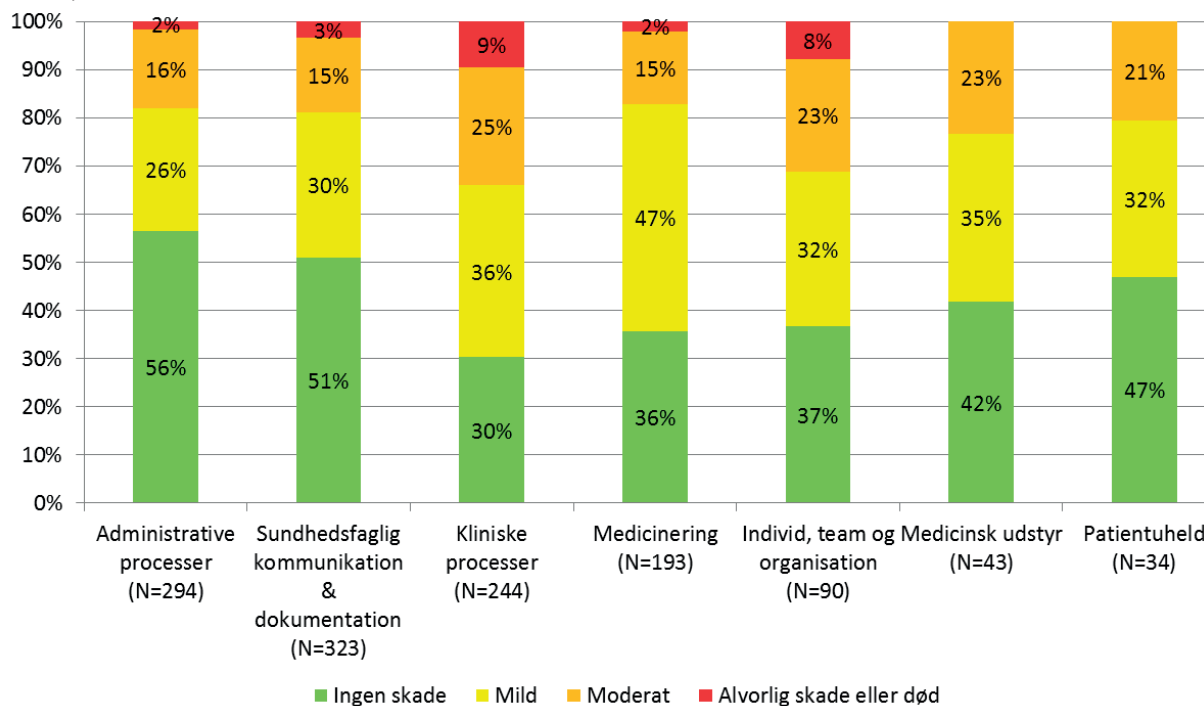


*\*Bemærk at de 133 hændelser, der er klassificeret med konsekvensen "forsinkelse", jf. afsnit 2.3.2, ikke indgår i denne figur.*

Af figur 5 fremgår det, at de fleste hændelser medfører ingen eller mild skade (466 hændelser, svarende til 79 %). 101 hændelser (17 %) medfører moderat skade, mens i alt 24 hændelser (4 %) medfører alvorlig skade eller død.

Figur 6 giver et overblik over, hvordan alvorligheden af de fysiske skader er fordelt inden for hændelsestyperne. De 591 hændelser i figuren fordeler sig på i alt 1221 kategoriseringer af hændelsestyper. Bemærk at de 133 hændelser, der medfører forsinkelse som konsekvens ikke er inkluderet.

**Figur 6.** Alvorlighed af de fysiske skader opgjort på de hyppigste hændelsestyper. Procentandelene er udregnet på basis af fordelingen af alvorlighedsscorer i hver hændelsestype (N). Antal hændelser, n=591).\*

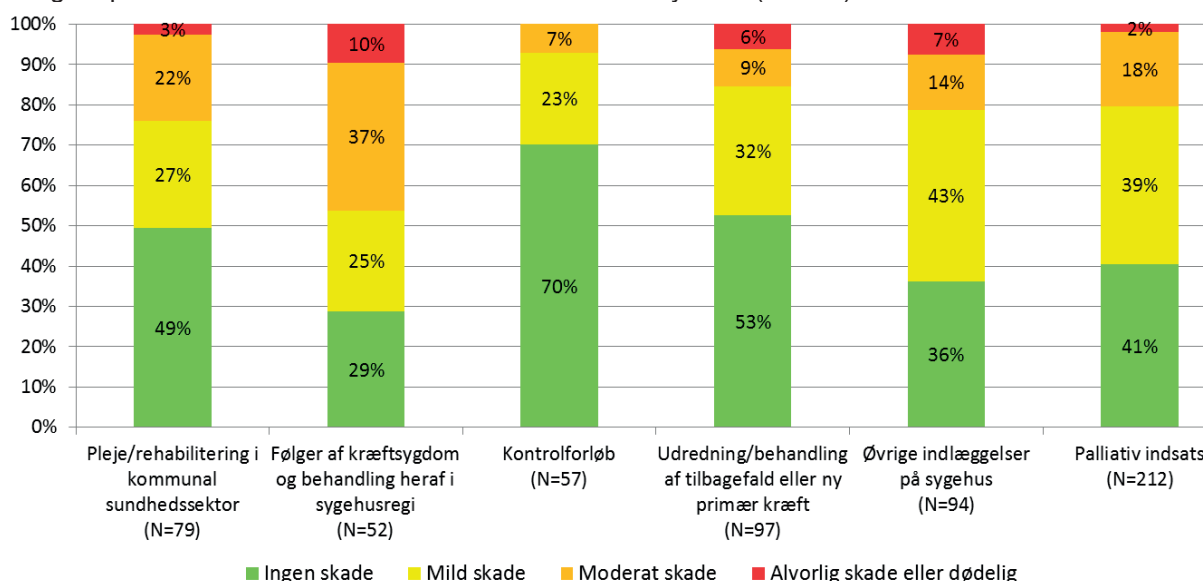


\*Bemærk at de 133 hændelser, der er klassificeret med konsekvensen "forsinkelse", jf. afsnit 2.3.2, ikke indgår i denne figur.

Figur 6 viser således, at de alvorlige eller dødelige hændelser hyppigst forekommer i forbindelse med hhv. kliniske processer eller individ, team & organisation. Hændelser med skade af mild eller moderat grad er hovedsageligt relateret til hhv. medicinering, kliniske processer, medicinsk udstyr eller Individ, team & organisation. Hændelserne, der ikke har medført fysisk skade, forekommer hyppigst i forbindelse med hhv. administrative processer, sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation eller patientuheld. Fundene kan tyde på, at de hændelser, der medfører størst skade er de mere patientnære og klinisk relaterede hændelser.

Figur 7 viser, hvordan alvorligheden af de fysiske skader er fordelt inden for de forskellige ydelser.

**Figur 7.** Alvorlighed af de fysiske skader opgjort på de forskellige ydelser. Procentandelene er udregnet på basis af det samlede antal hændelser i hver ydelse (N=591).\*



\*Bemærk at de 133 hændelser, der er klassificeret med konsekvensen "forsinkelse", jf. afsnit 2.3.2, ikke indgår i denne figur.

Ser man på figuren kan det bl.a. fremhæves, at alvorlige eller dødelige hændelser optræder hyppigst i forbindelse med hhv. følger af kræftsygdom og behandling heraf, øvrige indlæggelser og udredning/behandling af tilbagefald, fremskreden kræftsygdom eller ny primær kræft (hhv. 10 %, 7 % og 6 %) – det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der i alt er tale om 24 hændelser, hvilket ikke er et særlig stort datagrundlag. Andelen af hændelser med moderat skade er størst i indsatserne rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf, pleje/rehabilitering i kommunal sundhedssektor og palliativ indsats (hhv. 37 %, 22 % og 18 %). Moderat fysisk skade er, jf. tabel 2, skade som *ikke* er permanent men forbigående, og som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget pleje/-behandlingsindsats. Hændelserne med moderat fysisk skade omhandler bl.a. at gamle strålefelter ikke er dokumenterede i det tilgængelige system, hvorfor konsekvensen bliver for meget eller forkert bestråling, eller at patienten falder og skal behandles som følge heraf.

### 3.3.1 Alvorlige og dødelige hændelser

Dette afsnit fokuserer på de 24 hændelser, som medfører alvorlig permanent skade eller død.

Med alvorlig skade forstås, jf. figur 1, "Permanent skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader, som kræver akut livreddende behandling".

## Eksempler på hændelser, der medfører alvorlig skade eller død

---

### Alvorlig skade

Patient med kendt dissemineret kræft indlægges fredag til optimering af smertebehandling og med store medicinændringer til følge. Patienten gives en stærk koncentration af opioider. I afdelingen er der ikke fast lægepersonale i weekenden og derfor overvåges patienten ikke tilstrækkeligt. Patienten findes bevidstløs pga. overdosis af opioider.

---

### Alvorlig skade

Patient i kurativ strålebehandling for blærecancer; indgik i forsøg med boost til tumor og dermed øget dosis svarende til denne. Under og efter strålebehandlingen får patienten svære blærebivirkninger (nok forventeligt med tanke på øget dosis), men også tarmbivirkninger; indlagt med ESBL-producerende enterit under strålebehandlingen. Ingen bedring nu næsten 3 måneder efter afsluttet strålebehandling. Ved gennemgang af patientens medicin ses det, at patient får metothrexat og patient bekræfter, at have fået det under hele behandlingen, hvilket er grunden til de svære tarmbivirkninger.

---

### Alvorlig skade

Ældre patient kendt med prostata cancer. Cerebralt intakt, højt funktionsniveau. Kommer om formiddagen i skadestuen, da patienten har styringsbesvær af venstre ben. Patienten bliver meldt, obs TCI, metastaser. I skadestuen skulle patientens symptomer være aftagende. Den meldende læge spørger, om patienten ikke skal scannes i skadestuen, men får at vide, at der ikke er indikation for akut scanning, og at der nok er tale om metastaser. I aftenvagten skal jeg selv passe patienten og bliver gjort opmærksom på af dagsygeplejerske, at patientens styringsbesvær er tiltagende og at der nu også er tale om venstre arm, og patienten oplever følelsesløshed. Der bliver bestilt akut scanning af patienten, som dog ikke bliver set af læge. Styringsbesværet bliver værre og værre. Patient ender med at komme til scanning sen aften, hvor der findes stor frisk infarkt. Patienten kan nu ikke få trombolyse.

---

### Død

Rask ældre patient, der tidligere er radikalt opereret for kræft i tyktarmen, indlægges til fjernelse af lokalt tilbagefald af sygdom. I det første døgn efter operationen udvikler patienten atrieflimmer og overflyttes et døgn til intensiv afdeling, herefter tilbageflytning til abdominalkirurgisk afdeling. Patienten udskrives til hjemmet med atrieflimren og kateter (KAD) samt en del ny medicin. Ved udskrivelsen er patienten meget svækket og er det meste af tiden sengeliggende – hjemmeplejen oplever, at patienten er for hurtigt udskrevet. Hjemmeplejen finder faldende værdier, samt tiltagende almen svækkelse. Efter aftale med abdominalkirurgisk afdeling genindlægger praktiserende læge patienten med henblik på optransfundering. Patienten udskrives en uge senere. Få dage senere udvikles feber og kulderystelser. Patienten foreslås indlæggelse, men afslår, og hjemmeplejen påbegynder antibiotikabehandling på mistanke om uretralfeber. Tilstanden forværres så meget, at patienten indlægges akut. Patienten forbliver indlagt og dør 14 dage senere. Hændelsen vurderes at skyldes et ikke optimalt samarbejde mellem afdelinger på sygehuset samt på tværs af sektorer, hvilket er særlig vigtigt i forløb med flere korte og uventede indlæggelser.

---

De 24 alvorlige eller dødelige hændelser finder hovedsageligt sted på sygehus, en enkelt sker i forbindelse med den præhospitale indsats og en enkelt i hjemmeplejen.

## Problemstillinger

I analysen af de 24 alvorlige eller dødelige hændelser ses det, at hændelserne primært er kendetegnet ved at omhandle Kliniske processer (83 %, 20 ud af 24 hændelser), Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (46 %, 11 ud af 24 hændelser) og/eller Individ, team & organisation (29 %, 7 ud af 24 hændelser).



Hændelserne er ofte karakteriseret ved at bestå af en række fejl, der følger efter hinanden, og en manglende koordinering i behandling og/eller plejeindsatsen, både inden for samme afdeling (i skift mellem teams), og når flere afdelinger er involveret. Nedenfor følger nogle centrale problemstillinger.

- **Manglende eller forkert medicinsk støttebehandling under strålebehandling**

I to hændelser udvikler patienterne svære bivirkninger i forbindelse med palliativ strålebehandling. I det ene tilfælde optræder svære tarmbivirkninger som følge af, at patienten hverken har fået mundtlig eller skriftlig information om at pausere med en bestemt type medicin inden og under strålebehandling, hvilket er grunden til disse tarmbivirkninger.

I en anden hændelse udvikler patienten medullært tværsnitssyndrom efter palliativ strålebehandling, og man finder ud af, at patienten ikke har modtaget forebyggende prednisolonbehandling.

- **Forkert vurdering/håndtering af symptomer og differentialdiagnoser**

En hændelse omhandler en patient, der behandles på mistanke om progression af lymfom. Patienten har i virkeligheden symptomer på tuberkulose. Patienten behandles ikke for tuberkulose, fordi personalet ikke er opmærksomt på dette som differentialdiagnose.

I en anden hændelse henvender en patient med tidligere prostatacancer sig på skadestuen pga. styringsbesvær i det ene ben. Metastaser mistænkes og patienten scannes ikke akut. Tilstanden forværres, og der bestilles akut scanning, som dog ikke ses af læge. Der er tale om et friskt infarkt, men da scanningen vurderes, er det for sent at igangsætte trombolyselbehandling.

I to andre hændelser drejer det sig om symptomer på depression. I den ene hændelse indlægges en patient i psykiatrisk regi med symptomer på depression. Patienten har også haft henvendelser andre steder med hovedpine og svimmelhed, men uden at der er reageret adækvat på henvendelsen. Først meget sent i forløbet mistænkes intrakraniell sygdom, selvom patienten tidligere er behandlet for hjernetumor. Ved CT findes ny tumor.

En anden hændelse omhandler en patient, som bliver MR-scannet på mistanke om medullært tværsnitssyndrom. Den foreløbige beskrivelse siger "ingen tegn på tværsnit". Da scanningen kigges igennem igen 4 dage senere findes der en stor tumor på over 5 cm i medulla spinalis. I mellemtiden har patienten mistet førlighed i ben og kontrol over urin.

I en anden hændelse indlægges patient med smerter i abdomen og vandladningsbesvær, og vurderes til at have cystitis og sættes i antibiotikabehandling. Patienten er kendt med dissemineret sigmoideum. Har stigende infektionstal og overflyttes til medicinsk afdeling. Der bestilles CT akut på grund af manglende diagnose, som viser fri luft, men dette svar bliver ikke givet akut videre til medicinsk bagvagt. Akut kirurgisk tilsyn gør, at patient opereres akut, hvilket viser perforeret cancer i sigmoideum med fækulent peritonit.

- **Manglende måling af vigtige værdier på patient og dokumentation**

Ved skift mellem teams og afdelinger forekommer brist i forhold til at sørge for, at der fortsættes med at måle vitale parametre på patienten (fx blodtryk, puls eller early warning

score), som er ordineret. Grunden kan være, at ordinationen ikke er dokumenteret, eller at overlevering af patienten ikke sikres i den mundtlige kommunikation. I en hændelse resulterer manglende målinger af kreatinin-niveau i, at patientens nyrefunktion aftager med nyresvigt/uræmi som følge, indtil patienten dør.

I en anden hændelse indlægges en patient til optransfusion, da patienten tidligere har haft svær anæmi som følge af sin grundsygdom. Patientens fysioterapeut har opdaget symptomer på parese og har tidligere uden held forsøgt at få patient udredt. Patienten er mobil ved indlæggelsen og beskrives som med lidt nedsat kraft i venstre ben og uden mistanke om medullært tværnsnitssyndrom. Patienten optransfunderes og behandles for infektion uden kendt fokus. Under indlæggelse ses pareser, men det dokumenteres ikke og der mangler fokus på dette. Den manglende udredning og manglende måling af centrale værdier medfører, at patienten udvikler tiltagende svære symptomer på medullært tværnsnitssyndrom

### 3.3.2 Forsinkelser og ventetid

I 133 af de 724 hændelser er konsekvensen ikke vurderet som mild, moderat, alvorlig eller dødelig skade. I stedet fremgår det af hændelsesbeskrivelsen, at konsekvensen af hændelsen er forsinkelse på enten udredning, behandling, viderehenvielse eller opstart af kontrolforløb.

Forsinkelse i forbindelse med diagnosticeringen af patienter med symptomer på kræft eller tilbagefald giver mulighed for, at kræftsygdommen forværres, inden behandlingen iværksættes og dermed nedsætte patientens sandsynlighed for at blive rask. Forsinkelse kan også nødvendiggøre en mere omfattende behandling med flere bivirkninger og større risiko for komplikationer til følge. I nogle tilfælde kan selv relativ kort ventetid kan have store konsekvenser for tumorens størrelse (27). Efter den primære kræftbehandling er der stadig risiko for tilbagefald af sygdom eller fremkomst af ny primær kræft, og derfor er rettidig udredning og behandling også her centralt.

I de 133 hændelser går forsinkelsen ud over grænsen, som her er fastsat til over 1 uge. De 133 hændelser dækker både over hændelser, hvor et prøvesvar bliver 2 uger forsinket, og hændelser hvor malignitet overses på prøve- eller billedmateriale, og der derfor først reageres 1 år senere til næste kontrol. Den faktuelle skade af forsinkelsen kan således være meget alvorlig, men det er i flere tilfælde vanskeligt at udtale sig om eller bedømme den faktuelle fysiske skade af forsinkelsen. Når konsekvenserne af de 133 hændelser betragtes samlet dækker de således hele spektret fra ingen til meget alvorlig skade. I dette arbejde betegnes forsinkelse som *indirekte skade*.

Ser man overordnet på de 133 hændelser med konsekvensen forsinkelse, optræder de typisk i relation til følgende fire hændelsestyper:

- **Administrative processer (96 %, 128 ud af 133 hændelser)**

Forsinkelse opstået som konsekvens af de administrative processer vedrører helt overvejende sikkerhedsbrist i aftaler/indkaldelser/henvisninger og/eller processerne i forbindelse med planlægning af patientforløbet.

- **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (62 %, 82 ud af 133 hændelser)**

Forsinkelse opstået som konsekvens af sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation handler især om manglende eller forsinket adgang til dokument og/eller uklar/ufuldstændig/manglende information om patient inden for eller mellem afsnit/afdelinger på samme hospital.

- **Klinisk proces (43 %, 57 ud af 133 hændelser)**

Forsinkelse opstået som konsekvens af kliniske processer – eller mangel på samme – omhandler især forsinkelser på hhv. opstart af behandling eller kontrol og/eller fortolkning/reaktion på prøvesvar o.l.

- **Individ, team og organisation (9 %, 12 ud af 133 hændelser)**

En mindre andel af forsinkelserne skyldes forhold ved individet eller organisation. Her er der oftest tale om forkerte vurderinger, fx at en henvendelse fra en patient ikke afføder en bestemt handling, eller at patienten ikke undersøges tilstrækkeligt, eller at der ikke har været tid/ro for lægen til at vurdere undersøgelsen.

De fire hændelsestyper peger samlet på, at hændelser med forsinkelse som konsekvens i særligt stort omfang knytter an til administrative processer og/eller sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation.

Forsinkelse er ofte en konsekvens af svigt i en overgang mellem sundhedsprofessionelle, teams, afsnit, afdelinger eller mellem hospitaler og sektorer.<sup>30</sup> Men det kan også være en konsekvens af forkerte faglige vurderinger/skøn, forhold i organisationen (såsom sekretærmangel, som resulterer i at henvisninger skrives med stor forsinkelse), eller en konsekvens af manglende kapacitet, fx for få læger, lægetider, senge eller lignende.

På baggrund af de hyppigste hændelsestyper og en gennemlæsning af de 133 hændelser, der har medført forsinkelse/ventetid, er der identificeret fem gennemgående problematikker i hændelserne. De beskrives her med et tilknyttet hændelseseksempel.

---

<sup>30</sup> Bemærk at overgange her også inkluderer overgange mellem teams og sundhedsprofessionelle – vi har imidlertid afgrænset os fra disse former for overgange i analysen af overgangshændelser i afsnit 3.4-3.6, jf. definitionen af overgangshændelser.

## Problematikker ved forsinkelse/ventetid

Forsinkelses-problematik	Hændelseseksempel
<b>Forsinket henvisning/indkaldelse til udredning af (mistanke om) tilbagefald eller ny kræft</b>	Patient skulle indkaldes til yderligere undersøgelse, da kontrolsvar viste obs malignitet. Patienten udeblev fra den planlagte kontrol - det viste sig, at patienten ikke havde fået besked om at møde op. Dermed gik der 4 måneder, inden der blev fulgt op på svar om evt. metastaser.
<b>Forsinket opstart af behandling af tilbagefald eller palliativ behandling</b>	Patient i kontrolforløb på sygehus X. Prøve analyseres på sygehus Y, som viser inoperabelt tilbagefald af kræft. Patienten opfattes imidlertid som ny patient på sygehus Y og visiteres til behandling inden for fire uger i henhold til behandlingsgarantien. Men behandlingen skulle være igangsat hurtigere, da patienten ikke er en ny kræftpatient.
<b>Forsinket diagnosticering pga. forsinket svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar, som viser tilbagefald/forværring af sygdom eller at dette ikke kan udelukkes</b>	Kræftpatient med kronisk interstitiel nefritis ses ambulant i nefrologisk regi. Der ordineres CT af thorax og abdomen på mistanke om metastaser qua anamnestiske oplysninger. Der følges ikke op på svaret, og først da patienten henvender sig til egen læge 1,5 måned senere reageres der. Diagnosticering forsinkes derved unødigt.
<b>Forsinket opstart/indkaldelse til kontrolforløb</b>	Efter afsluttet kemoterapi-behandling får patient ikke tid til kontrol og indkaldes derfor ikke. Patient ringer selv ind efter 2 måneder og undrer sig.
<b>Forsinket diagnosticering pga. forsinket svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar, som dog viser et normalt svar</b>	Det opdages ved planlagt kontrolundersøgelse, at kræftpatient aldrig har fået svar på tidligere prøve - svar er heldigvis normalt og malignitet kunne udelukkes.

Antallet af hændelser inden for hver af de fem forsinkelses-problematikker er opgjort i tabel 8.

**Tabel 8.** Forsinkelses-problematikker fordelt på antal og alvorlighedsscore, N=133

Forsinkelses-problematik	Antal (%)
Forsinket henvisning/indkaldelse til udredning af (mistanke om) tilbagefald eller ny kræft	46 (35)
Forsinket opstart af behandling af tilbagefald af kræft eller palliativ behandling	36 (27)
Forsinket diagnosticering pga. forsinket svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar, som viser tilbagefald/forværring af sygdom eller at dette ikke kan udelukkes	23 (17)
Forsinket opstart/indkaldelse til kontrolforløb	20 (15)
Forsinket diagnosticering pga. forsinket svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar, som dog viser et normalt svar	8 (6)

Tabel 8 viser bl.a., at forsinkelse/ventetid efter kræftbehandlingen på sygehuset er afsluttet især opstår i forbindelse med udredning eller diagnosticering af (mistanke om) tilbagefald/spredning enten pga. ventetid på henvisning/indkaldelse (35 %) eller forsinket

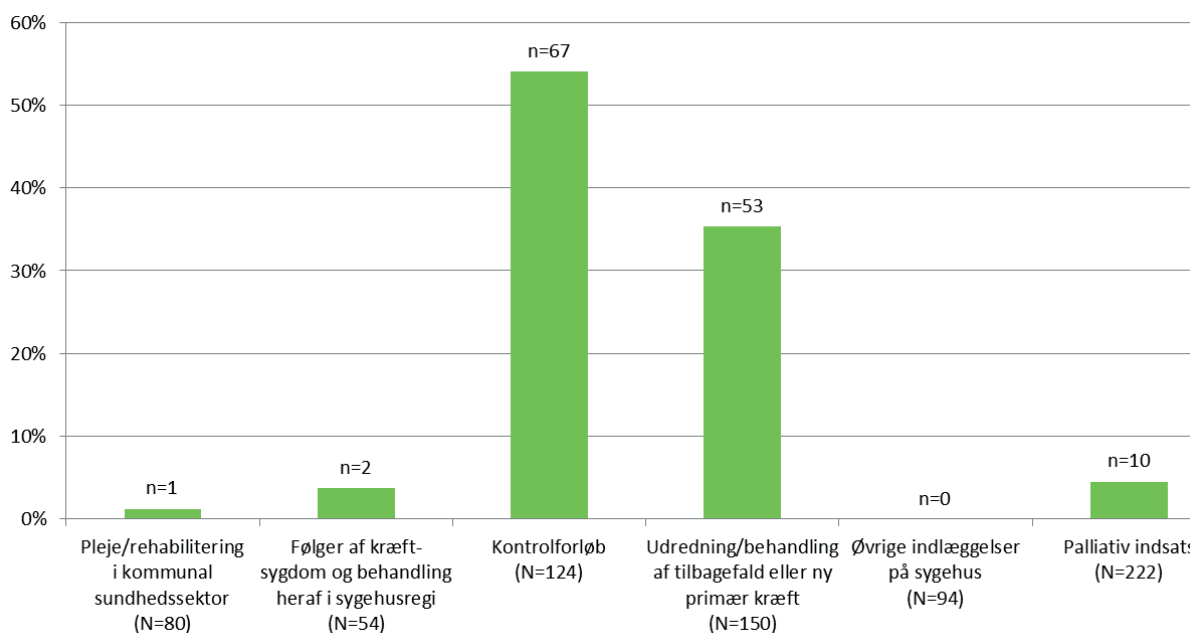
svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar (17 % og 6 %). Mistanken om tilbagefald af kræft, kan enten være rejst til et planlagt kontrolbesøg eller i forbindelse med øvrige indlæggelser eller ambulante kontakter, hvor mulig malignitet opdages tilfældigt.

27 % af hændelserne, der medfører forsinkelse, kan karakteriseres ved, at patienten er blevet vurderet/diagnosticeret og er stillet en behandling i udsigt (fx behandling af tilbagefald/spredning eller palliativ behandling), men denne behandling igangsættes senere, end det var planen, fx fordi henvisning ikke effektueres og patienten derfor ikke indkaldes.

Af tabel 8 ses det også, at 15 % af hændelserne omhandler manglende indkaldelse til eller opstart af kontrolforløb. Dette kan fx skyldes manglende booking eller planlægning af det videre forløb efter kræftbehandlingens afslutning. Der er imidlertid også enkelte hændelser, hvor patienten "falder ud" af et ellers igangsat kontrolforløb, fordi planlagte kontrolaftaler aflyses, og patienten derefter ikke genindkaldes.

Figur 8 viser forekomsten af hændelser med forsinkelse i de enkelte ydelser.

**Figur 8.** Forekomst af hændelser med forsinkelse (n=133) i de enkelte ydelser. Procentandel udregnet ud fra samlet antal hændelser i de enkelte ydelser (N).



Af figur 8 ses, at der er særligt store andele af hændelser med forsinkelse i kontrolforløbet og i udredning/behandling af tilbagefald eller ny primær kræft (hhv. 54 % og 35 %).

Forsinkelse i forbindelse med kontrolforløbet handler primært om forsinket svar til patient/forsinket reaktion på prøvesvar (39 %, 26 ud af 67 hændelser), forsinket indkaldelse til/opstart af kontrolforløb efter kræftbehandling er afsluttet (27 %, 18 ud af 67 hændelser) og forsinkelse på viderehenvisning/indkaldelse til udredning af mistanke om malignitet, der er rejst til kontrolundersøgelserne (27 %, 18 ud af 67 hændelser). Den forsinkede opstart af kontrolforløb skyldes i nogle tilfælde, at patientens journal ikke fremsendes til den afdeling, der skal overtage patientens videre kontrolforløb.

I udredning/behandling af tilbagefald, spredning eller ny primær kræft, er forsinkelse primært relateret til forsinket henvisning/indkaldelse til udredning (53 %, 28 ud af 53 hændelser) og til forsinket opstart på behandling (28 %, 15 ud af 53 hændelser).

I omkring hver femte hændelse, der medfører forsinkelse, anføres det, at patienten eller dennes pårørende er årsagen til, at fejlen opdages, inden den forårsager yderligere forsinkelse, og dermed potentielt større skade på patienten (24 ud af 133 hændelser). Det sker ved, at en patient eksempelvis ringer ind til sygehusafdelingen og gør opmærksom på, at hun ikke som planlagt er blevet indkaldt til kontrol, eller at hun ikke har fået svar på en vigtig undersøgelse. Det kan indikere, at der er et stort patientsikkerhedsforbedrende potentiale i involvering af patienter og pårørende.

## **Problemstillinger**

I det følgende oplistes centrale problemstillinger i de hændelser, der omhandler forsinkelse.

- **Videre henvisning efter behandlingsafslutning**

Flere hændelser omhandler brist i overgangen fra afsluttet kræftbehandling til kontrolforløb, og der er eksempler på, at patienter afsluttes fra sygehus uden at det videre forløb er planlagt, og patienten derfor ikke indkaldes. I flere tilfælde skyldes det, at lægen glemmer at diktere et notat vedrørende videre plan, eller at henvisningen på anden måde ikke effektueres – fx fordi henvisninger lægges i journal, hvorefter journal går i arkiv – uden at henvisningen sendes. En særlig udfordring er, når en anden afdeling end den behandlende skal overtage kontrolforløbet.

Enkelte hændelser omhandler store forsinkelser i opstart af anti-hormonbehandling efter afslutning på øvrig kræftbehandling (operation, kemo-, strålebehandling mv.) – hvis sådanne hændelser ikke opdages kan patienten risikere, at anti-hormonbehandlingen først opstarter til den første planlagte kontrolaftale.

- **Henvisninger og indkaldelser**

Det fremhæves, at der nogle steder er stor mangel på lægesekretærer, hvilket medfører, at henvisninger bliver skrevet med til stor forsinkelse. Desuden fremhæves det i en del hændelser, at akutte prøvesvar/henvisninger ikke bliver lagt til akut skriv hos lægesekretærene, som de skal, og derfor i værste fald ligger flere måneder uden at blive skrevet og dermed reageret på.

Rapportørerne beskriver, at der er brist i kommunikationssystemer, så henvisninger går tabt, og at der er brug for system, der sikrer, at henvisninger både afsendes og modtages.

- **Parakliniske prøver**

Det beskrives, at analyser af prøver (fx i relation til udredning af mistanke om progression af sygdom) laves meget sent og/eller der reageres meget sent på prøvesvarene fra den rekvirerende afdeling. Udfordringen i flere hændelser er, at prøvesvaret ofte ikke bliver viderebragt rettidigt til afdelingen eller til patientens egen læge eller andre sundhedsprofessionelle med ansvar for patienten.

Rapportørerne oplever, at der er udfordringer, når diagnostiske undersøgelser laves på et andet hospital end der, hvor patienten har sit forløb. Der mangler en understøttende funktion,

hvor der kvitteres for modtagelse, når scanningsvar og andre prøvesvar overleveres fra et hospital til et andet.

- **Udredning**

Flere rapportører oplever, at der går meget lang tid fra mistanke om tilbagefald til udredning, og de efterspørger derfor hurtigere udredning af mistanke om tilbagefald eller spredning af kræftsygdom, fx en pakkeløsning som sikrer meget hurtig udredning.

Enkelte hændelser omhandler den problemstilling, at der rejses mistanke om tilbagefald af kræft under en indlæggelse. Her er en særlig udfordring at få sikret, at der gives svar på biopsien – særligt når dette foreligger efter udskrivelse af patient.

### 3.3.3 Samlet vurdering af hændelsernes skade

Analysen viser, at konsekvenserne af hændelserne har både fysiske, psykiske og sociale konsekvenser og mange er alvorlige for patienterne.

Efter afsluttet behandling af kræft er der stadig risiko for tilbagefald af kræftsygdom, spredning eller ny primær kræft. Endelig kan forsinkelse på smertelindende behandling medføre alvorlig lidelse for patienten. Rettidig udredning og behandling er derfor helt centralt. Ubegrundet forsinkelse/ventetid kan i den grad forværre muligheden for behandling og helbredelse eller nødvendiggøre, at mere risikofyldte behandlingsmetoder tages i brug.

*Skønsmæssigt* medfører størstedelen af hændelserne med forsinkelse moderat eller alvorlig skade på patienten. Betragter man således samlet de 24 hændelser med alvorlig fysisk skade eller død og de 133 hændelser med indirekte skade i form af forsinkelse, tegner der sig et billede af, at patienter efter kræftbehandling har en betydelig risiko for alvorlig skade, hvis de udsættes for en utilsigtet hændelse.

Samtidig nuancerer denne samlede betragtning også billedet af, hvilke hændelsestyper, der medfører alvorlig skade, da hændelsestyperne Administrative processer samt Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation i meget høj grad karakteriserer hændelserne.

### 3.3.4 Psykiske konsekvenser og organisatoriske konsekvenser

I hændelsesbeskrivelserne har rapportørerne også angivet andre konsekvenser end den faktuelle fysiske skade eller forsinkelse/ventetid. Rapportørerne beskriver konsekvenser for patienten af psykisk karakter og konsekvenser for de sundhedsprofessionelle af mere organisatorisk karakter. Her skal blot kort nævnes disse konsekvenser.<sup>31</sup>

Det at opleve en utilsigtet hændelse opleves i mange tilfælde meget utrygt for patienten og/eller dennes pårørende. Nogle af de ord, der knyttes til denne utryghed er: vrede, frustration, usikkerhed, uro, angst, mistet tillid til læger/sygeplejersker, bekymring, oplevelse af manglende professionalisme, forvirring, forskrækkelse og at man bliver ked af det.

---

<sup>31</sup> Bemærk at disse tolkninger og ordvalget i høj grad er de sundhedsprofessionelles, da det er dem, der har rapporteret langt den største andel af hændelserne, jf. tabel 4.

I mange tilfælde beskrives desuden, at de utilsigtede hændelser har konsekvenser af organisatorisk karakter. Dette dækker over et øget tidsforbrug/merarbejde blandt de sundhedsprofessionelle, fx i form af, at de skal bruge lang tid på at rede trådene ud omkring, hvilken medicin patienten skal have, hvis det ikke er klart dokumenteret; at de skal overvåge/holde opsyn med patienten ved eksempelvis en overdosis af medicin, såvel mild som stor; eller at der skal bruges meget tid på at prøve at få fat i den række af sundhedsprofessionelle, der har haft noget at gøre med patienten, for at blive klar på, hvad der er planen for patienten. En anden form for konsekvenser i en organisatorisk sammenhæng er de hændelser, hvor der foretages ekstra unødvendige undersøgelser; eller at en patient er booket til behandling uden at få besked og derfor ikke møder op, mens den/de sundhedsprofessionelle har afsat tiden, men ikke kan nå at indkalde en anden patient i stedet.

Desuden har nogle af hændelserne en konsekvens, som har mere etisk karakter. Det gælder eksempelvis de hændelser, som omhandler terminale patienter, der ender med at få en ikke optimal afslutning på livet, fx fordi de dør mens de transporteres mellem afdelinger, eller dør på et hospital, som går imod deres ønske om at dø i eget hjem. Flere rapportører beskriver desuden, at patienter, som oplever en utilsigtet hændelse, udsættes for yderligere psykisk belastning i en i forvejen svær situation – og at dette i sig selv er problematisk.

Det er ikke muligt at kvantificere disse andre konsekvenser af de utilsigtede hændelser i denne analyse.

### 3.4 Sikkerhedsbrist i overgange

Når ansvaret for patienten skifter, fx i overgangen fra sygehus til plejehjem, skal information om og ansvar for den konkrete patient følge med, for at diagnostik, behandling og pleje kan fungere optimalt. Hvis der i disse situationer tabes væsentlig information eller opstår uklarhed om, hvem der har ansvaret for patienten i overgangen mellem organisationer, er der risiko for nedsat effektivitet, kvalitetsbrist og patientskade. Man kan derfor konkludere, at overgange hører til potentielt risikofyldte procedurer inden for sundhedssektoren (28). Hvor overgange findes, er det afgørende, at ansvaret er konsistent og synligt overleveres – uanset om dette er ansvaret for en patient, en henvisning eller et prøvesvar (2).

Da kræftramtes kontakter til sundhedsvæsenet efter den primære kræftbehandling potentielt involverer mange forskellige sundhedsprofessionelle og forskellige typer af kontakter i både primær og sekundær sektor, er *overgange* et centralt tema i forhold til patientsikkerhed i denne del af patientforløbet.

#### **Faktaboks: Overgange**

*Overgange* er defineret som situationer, hvor ansvaret for patientens diagnose, behandling og pleje overgår - helt eller delvist, midlertidigt eller permanent - fra en/flere sundhedspersoner til en anden/andre sundhedspersoner (28); det kan også være skift i de processer, der knytter sig til diagnose, behandling og pleje (2).

*Patientusikre overgange* karakteriseres ved de utilsigtede hændelser eller fejl, der finder sted, når sammenhængen i diagnose, behandling eller pleje bliver afbrudt eller væsentligt forsinket og som medfører fysisk skade eller risiko for skade, reducerer mulighed for overlevelse eller har psykiske eller sociale konsekvenser for patienten (2).



### 3.4.1 Forekomst af overgangshændelser

De 724 hændelser er blevet gennemlæst og analyseret enkeltvis med henblik på at identificere, om der er tale om en overgangshændelse. De delprocesser, der er knyttet til de enkelte hændelsestyper, er også brugt til at identificere overgangshændelserne, se nærmere i bilag 5.

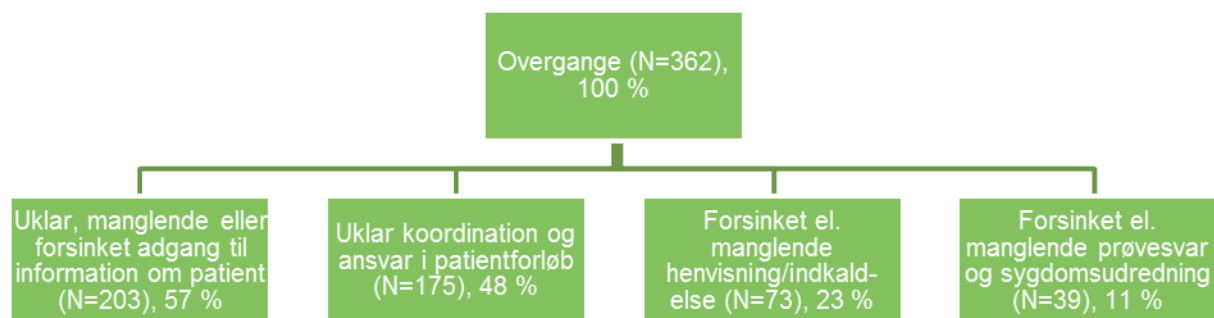
I alt 362 af de 724 hændelser er identificeret som overgangshændelser, svarende til 50 %.

Overgangshændelser forekommer hyppigt på tværs af ydelserne efter kræftbehandling og ser ud til at være en generel problemstilling i hele denne del af patientforløbet. Der forekommer dog en særlig stor andel af overgangshændelser i forbindelse med pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor, hvor tre ud af fire hændelser er en overgangshændelse (73 %, 58 ud af 80 hændelser). Mange af hændelserne omhandler overgange på tværs af sektorer i forbindelse med indlæggelse eller udskrivelse fra sygehus til en pleje- eller rehabiliteringsindsats på fx plejehjem eller i hjemmet.

Ses der samlet på de 362 overgangshændelser er de i stort omfang relateret til mangelfuld kommunikation, sammenhæng og koordination både på tværs af sektorer, fx mellem hjemmepleje og sygehus, og inden for samme sektor, fx mellem to hospitaler eller mellem afdelinger på samme hospital. De hyppigste typer af hændelser, der optræder overgange er administrative processer (80 %), sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (75 %), klinisk proces (36 %) og/eller medicinering (29 %).

Ved gennemlæsning og kategorisering af overgangshændelserne træder fire temaer frem på tværs af hændelserne. Figur 9 viser forekomsten af de fire temaer.<sup>32</sup>

**Figur 9.** Temaer i overgangshændelser samt forekomst.\*



\*Tallene i de enkelte temaer summerer op til mere end 362 hændelser og dermed over 100 %, da nogle overgangshændelser indeholde mere end ét af de fire overgangstemaer.

57 % af overgangshændelserne kan tematiseres inden for Uklar, manglende eller forsinket adgang til information om patient (fx journalnotater). 48 % omhandler Uklar koordination og ansvar i patientforløbet. Forsinket eller manglende henvisning eller indkaldelse af patient udgør 23 % af overgangshændelserne, mens Forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar og sygdomsudredning vedrører 11 % af overgangshændelserne.

<sup>32</sup> For nærmere beskrivelse af, hvordan overgangshændelserne er identificeret og kvantificeret, se bilag 5.

## Beskrivelse af de fire temaer i overgangshændelserne

---

### Uklar, manglende eller forsinket adgang til information om patient

Omhandler såvel mundtlig som skriftlig kommunikation, misforståelser, modstridende information og ulæseligt dokument vedrørende information om patient. Det kan også være hændelser, hvor journalnotater eller sygeplejefaglig dokumentation ikke skrives inden for den fastsatte tidsramme, eller slet ikke skrives, hvorfor det ikke er tilgængeligt, når det skal bruges af anden sundhedsprofessionel.

---

### Uklar koordination og ansvar i patientforløb

Omhandler hændelser, hvor der sker en brist i planlægningen af patientforløbet, fx i overgangen fra behandlingsafslutning til opstart af kontrolforløb eller ved uklar koordination og ansvar i forbindelse med indlæggelse eller udskrivelse. Det er således hændelser, hvor patienten overdrages utilstrækkeligt imellem hospitaler, afdelinger eller sektorer, eller hvor ansvaret for patienten er uklart, og som kan resultere i manglende opfølgning og en usikkerhed blandt faggrupperne i forhold til ansvaret for patienten.

---

### Forsinket eller manglende henvisning/indkaldelse

Omhandler hændelser, hvor henvisninger enten bliver sendt til forkerte modtagere, helt går tabt, eller bliver skrevet med (stor) forsinkelse, og patienten således ikke indkaldes; undersøgelser der bliver ordineret, men ikke bestilt. Hændelserne kan henføres til sundhedsfaglige personers aktiviteter eller IT systemer.

---

### Forsinket eller manglende prøvesvar og sygdomsudredning

Omhandler manglende eller ikke rettidig reaktion på prøvesvar eller manglende/utilstrækkelig sygdomsudredning og opfølgning på undersøgelsesresultater, der forsinker diagnostik. Det kan fx være, at malignitet er overset på billeddiagnostiske undersøgelser eller i andet prøvemateriale, eller at det maligne svar ikke er videregivet til patienten.

---

Temaerne i overgangshændelserne peger på, at mange overgangshændelser skyldes en u hensigtsmæssig administrativ praksis eller mangel på opmærksomhed og ansvar i forhold til at sikre, at en given patient eller henvisning er modtaget, at der rettidigt reageres på prøvesvar eller at der tages hånd om/ansvar for patientens videre forløb. Ud fra dette kan det konkluderes, at langt de fleste hændelser principielt er forebyggelige og derfor må karakteriseres som fejl.

I tabel 9 er alle overgangshændelserne opdelt i to typer, hhv. overgange inden for samme sektor og overgange mellem sektorer.

**Tabel 9.** Overgange inden for samme sektor og mellem sektorer (N=362)

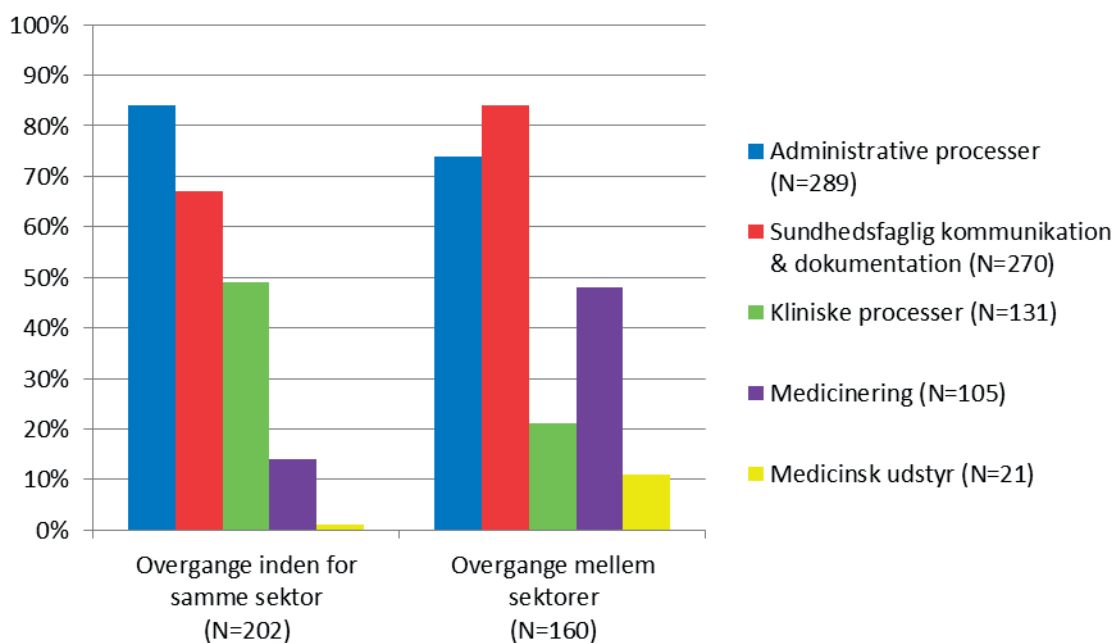
Type af overgang	Antal (%)
<b>Inden for samme sektor, heraf</b>	<b>202 (56)</b>
• Inden for sekundær sektor	193 (96)
• Inden for primær sektor	9 (4)
<b>Mellem sektorer</b>	<b>160 (44)</b>

Det fremgår af tabel 9 viser, at en større andel (56 %) af overgangshændelserne sker inden for samme sektor, fx i overgangen mellem to hospitalsafdelinger. 44 % af overgangshændelserne sker mellem sektorer, fx i overgangen fra sygehusindlæggelse til plejehjem eller i overgangen fra hjem eller plejehjem til indlæggelse på sygehus.

Overgangshændelser inden for samme sektor er næsten udelukkende repræsenteret i den sekundære sundhedssektor, idet kun 4 % (9 ud af 202 hændelser) foregår inden for den primære sektor. I den sekundære sektor er der imidlertid også flere overgange/processer, hvor det kan gå galt. Forskellen i andelen kan dog også skyldes, at der er en mere udviklet rapporteringskultur for at rapportere de utilsigtede hændelser i den sekundære sektor, da denne sektor har været lovmæssigt forpligtet til at rapportere hændelser til DPSD i længere tid. Dét, at der er rapporteret en stor andel overgangshændelser i sekundær sektor, er således ikke nødvendigvis udtryk for, at patientsikkerheden her er dårligere end i primær sektor.

Figur 10 viser overgangshændelser hhv. inden for samme sektor og mellem sektorer, opdelt på de hyppigst forekommende hændelsestyper.

**Figur 10.** Overgangshændelser opdelt på hændelsestyper. Procentvise andele opgjort ud fra antallet af overgangshændelser hhv. inden for og mellem sektorer.\*



\*Hver overgangshændelse kan beskrives med flere hændelsestyper og vil derfor summere op til mere end 100 %.

Figuren viser, at administrative processer og kliniske processer udgør de største andele af overgangshændelser både inden for samme sektor og mellem sektorer. De kliniske processer udgør en større andel af overgangshændelserne inden for samme sektor, hvilket bl.a. kan forklares med, at størstedelen af hændelser foregår på et hospital. Hændelserne i sektorovergange er i højere grad relateret til medicinering og medicinsk udstyr end overgangshændelserne inden for samme sektor og således forekommer medicineringshændelser i hhv. 48 % og 14 % af de to typer af overgangshændelser. Ligeledes forekommer hændelser med medicinsk udstyr næsten udelukkende i forbindelse med patientens overgang mellem sektorer.

Dette indikerer, at overgangshændelser har forskellige karaktertræk alt efter, om de foregår mellem eller inden for samme sektor.

### 3.4.2 Konsekvenser af overgangshændelser

Konsekvenserne af overgangshændelserne fordeler sig på alvorlighedsscoren af de fysiske skader nogenlunde som de øvrige hændelser, jf. afsnit 3.3, dvs. at overgangshændelserne ikke skiller sig ud på dette punkt. 80 % af overgangshændelserne medfører ingen eller mild fysisk skade (223 hændelser). 16 % medfører moderat fysisk skade (44 hændelser), mens i alt 4 % (12 hændelser) medfører alvorlig skade eller død.

Konsekvenserne af overgangshændelserne skiller sig dog ud, når man ser på, hvor stor en andel, der medfører forsinkelse. Der forekommer en noget større andel af hændelser med forsinkelse i overgangshændelserne sammenlignet med i de øvrige hændelser (hhv. 23 % og 14 %), jf. afsnit 3.3.2, hvilket tyder på, at forsinkelse er en særlig problematik i overgangshændelser. Det er i overgangshændelserne *mellem* sygehusafdelinger, hvor hændelserne med forsinkelse forekommer hyppigst.

Forsinkelse i overgange omhandler i 36 % af tilfældene om forsinket henvisning/indkaldelse til udredning af (mistanke om) tilbagefald, og i 30 % af tilfældene om forsinket opstart af behandling af tilbagefald af kræftsygdom eller palliativ behandling.

## 3.5 Overgangshændelser inden for samme sektor

I dette afsnit ses udelukkende på de 202 overgangshændelser, der foregår inden for samme sektor.

### Hændelsestyper

Disse 202 overgangshændelser fordeler sig hovedsageligt på følgende fire hændelsestyper og tilhørende delprocesser<sup>33</sup>:

- **Administrative processer (84 %, 170 ud af 202), heraf**
  - Aftale/indkaldelse/henvisning (83 hændelser, 49 %)
  - Behandlingsforløb/patientforløb (38 hændelser, 22 %)
  - Overdragelse af ansvar (31 hændelser, 18 %)

Problemet, der knytter sig til de administrative processer, er primært, at disse ikke er udført eller ikke er udført til rette tid, eller at denne er ufuldstændig/utilstrækkelig.

- **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (67 %, 136 ud af 202 hændelser), heraf**
  - Mellem afsnit/afdelinger (79 hændelser, 58 %)
  - Mellem hospitaler (34 hændelser, 25 %)
  - Inden for team/afsnit (13 hændelser, 10 %)

Problemerne, der knytter sig til den sundhedsfaglige kommunikation og dokumentation, er primært, at informationen er uklar/ufuldstændig/manglende, eller at der er manglende eller forsinket adgang til dokument.

---

<sup>33</sup> Her præsenteres kun de hændelsestyper og tilhørende delprocesser, der rummer flest hændelser. Derfor vil antallet af hændelser i de enkelte delprocesser ikke i alle tilfælde summerer op til antallet af hændelser under de enkelte hændelsestyper. I bilag 3 ses det fuldstændige materiale i tabelform.

- **Klinisk proces (49 %, 98 ud af 202 hændelser), heraf**
  - Behandling og kontrol (54 hændelser, 55 %)
  - Sygdomsudredning (19 hændelser, 19 %)
  - Fortolkning/reaktion på undersøgelser mv. (16 hændelser, 16 %)

Den problematik, der går på tværs af de oplyste kliniske delprocesser, er at den kliniske proces ikke udføres eller ikke er udført til rette tid, eller at den kliniske proces er ufuldstændig/utilstrækkelig.

- **Medicinering (14 %, 28 ud af 202 hændelser), heraf**
  - Ordination (16 hændelser, 57 %)
  - Dispensering (3 hændelser, 11 %)
  - Administration (3 hændelser, 11 %)

Den primære problematik ved medicineringsprocessen er, at det er en forkert proces/proces ikke udført/mangelfuldt udført.

Tabel 10 viser overgangshændelserne inden for samme sektor fordelt på hvilke organisationer/institutioner, der er involveret i overgangen.

**Tabel 10.** Overgange mellem organisationer/institutioner inden for samme sektor (N=202)

Overgange	Antal (%)
<b>Inden for sekundær sektor, heraf</b>	<b>193 (96)</b>
• Mellem afsnit/afdelinger på samme hospital	151 (78)
• Mellem to eller flere sygehuse	28 (15)
• Mellem sygehus og palliativt team <sup>34</sup> /hospice	14 (7)
<b>Inden for primær sektor</b>	<b>9 (4)</b>

Her fremgår det, at langt den største andel af overgangshændelser er mellem afsnit/afdelinger på samme hospital, svarende til 78 % af overgangshændelserne inden for den sekundære sektor.

I de følgende afsnit ses der nærmere på de forskellige typer af overgange mellem organisationer/institutioner inden for samme sektor.

### 3.5.1 Overgange mellem afsnit/afdelinger på samme hospital eller mellem sygehuse

151 hændelser er relateret til overgange mellem afsnit eller afdelinger på samme hospital, mens 28 overgangshændelser foregår mellem to eller flere sygehuse.

I det følgende beskrives centrale problemstillinger i de hændelser, der omhandler overgange inden for samme sygehus og mellem sygehuse samlet, da problemstillinger inden for de to typer overgange er meget ens.

<sup>34</sup> Et *palliativt team* defineres som en tværfagligt sammensat gruppe (primært læger og sygeplejersker med speciel viden om palliation), der almindeligvis udgår fra et hospice eller en palliativ enhed på et sygehus. Et palliativt team kan evt. dannes af en tværfaglig/tværasektoriel gruppe uden fast base. Målsætningen for det palliative team er at yde ekspertbistand til basisniveauet, enten i primærsektoren, i sygehusafdelinger eller andre institutioner (20).

- **Planlægning af patientforløbet**

Uklart ansvar for patienten i overgange (herunder overdragelse af ansvar og ansvar for planlægning af patientforløbet) er en hyppig problemstilling, som ses i omkring 40 % af disse overgangshændelser, og som også afspejles i de centrale problemstillinger nedenfor.

Rapportørerne beskriver, at der kan ske sikkerhedsbrist i overgangen fra en behandling eller undersøgelse er ordineret til denne er effektueret, hvis den skal foregå på en anden afdeling – det kan både skyldes, at henvisningen eller rekvireringen på en undersøgelse går tabt mellem afdelingerne eller at denne slet ikke er effektueret. Når flere afdelinger/sygehuse er involveret i udredning og behandling af samme patient, kan det skabe forvirring og manglende ansvarstagning omkring, hvem der skal give hvilke informationer til patienten for at sikre optimal behandling, fx vedrørende pausering af medicin inden behandling.

Det beskrives desuden, at der kan opstå problemer, når en anden afdeling end behandlingsafdelingen eller et andet sygehus skal varetage patientens kontrolforløb. Flere hændelser omhandler således, at patienten ikke opstarter kontrolforløb som planlagt.

- **Henvisninger, indkaldelser og prøvesvar**

Rapportørerne beskriver, at der er udfordringer i henvisnings- og indkaldelsesprocedurer og manglende eller forsinket reaktion på prøvesvar, når flere afdelinger/sygehuse er involveret i udredning og behandling af sygdom. Det skyldes bl.a., at der mangler tydelige retningslinjer for ansvarsplacering i overgange mellem afdelinger/sygehuse, dvs. hvornår har den henvisende afdeling ansvaret, og hvornår overgår ansvaret til den afdeling, patienten er henvist til. Næsten hver anden hændelse i overgange mellem afsnit/afdelinger omhandler henvisnings- og indkaldelsesprocedurer. Der mangler derfor sikre arbejdsgange i disse procedurer, så forsinkelse eller afbrudte udrednings- og behandlingsforløb kan undgås.

- **Strålebehandling**

Der er en række hændelser, der omhandler ordination af strålebehandling og selve strålebehandlingen – hændelserne omhandler dels patienter, som skal behandles for tilbagefald, og patienter, der skal have palliativ strålebehandling. Flere hændelser er afledt af, at der ikke er overblik over patientens tidligere strålebehandling.

### **Eksempler på overgangshændelser**

---

**Mellem afdelinger på samme sygehus**

Ved en planlagt kontrol af kræftpatient vurderes det, at patienten har brug for smertelindrende stråleterapi, hvilket derfor ordineres. Men henvisning er imidlertid ikke blevet effektueret og konsekvensen er derfor, at behandlingen bliver 3 måneder forsinket, og at patienten går med smerter.

**Mellem afdelinger på samme sygehus**

Patient blev opereret for kræft i tyktarmen i 2009, og fik herefter ordineret kontrolforløb på anden afdeling. Men patienten er aldrig blevet indkaldt til kontrolundersøgelse. Patient kommer nu (i 2012) i ambulatoriet med ny henvisning med symptomer på tilbagefald – symptomer som muligvis kunne være opdaget tidligere, hvis patient havde været i kontrolforløb.

---

---

### Mellem afdelinger på samme sygehus

En patient henvises akut til strålebehandling pga. spredning af kræft. Da det ikke er dokumenteret overser man, at patienten tidligere har fået strålebehandling på samme område, hvilket er en kontraindikation for den påtænkte akutte strålebehandling. Patienten får den første fraktion af den akutte strålebehandling. Efterfølgende stilles der spørgsmål til den akutte behandlings korrekthed, hvorefter den akutte behandling ændres.

---

### Mellem to sygehuse

Tidligere kræftpatient henvender sig akut på onkologisk afdeling pga. mavesmerter, men onkologisk afdeling vil ikke modtage patienten, da patienten ikke er i behandlingsforløb hos dem – patienten går kun til ambulans kontrol der for sin kræftsygdom. Patienten har imidlertid en planlagt tid dagen efter. Alligevel sendes patienten videre til andet sygehus uden at blive vurderet på onkologisk afdeling. På det andet sygehus bliver patienten sendt tilbage, da de ikke mener, at patienten er deres ansvar. Det giver stor forvirring hos patient.

---

## 3.5.2 Overgange mellem sygehus og palliativt team/hospice

14 hændelser inden for den sekundære sektor er relateret til overgange mellem et sygehus og palliativt team eller hospice.

De centrale problemstillinger i overgange mellem sygehus og palliativt team eller hospice er relateret til medicineringen og samarbejdet mellem disse to parter.

- **Smerteproblematikker, medicinering og palliativ indsats**

Hver anden hændelse omhandler en medicineringsproblematik.

Flere hændelser handler her om manglende henvisninger fra hospital til palliativt team med henblik på smertevurdering og smertebehandling. Andre hændelser omhandler, at patienten ikke som aftalt henvises til hospice efter indlæggelse, men i stedet udskrives til hjemmet. I enkelte tilfælde skyldes dette, at der ikke er plads på det hospice, som patienten skulle være udskrevet til.

Flere rapportører beskriver, at de oplever, at der under indlæggelse og udskrivelse af palliative eller terminale patienter mangler inddragelse af palliativt team, fx ved tvivl om smertebehandling eller utryghed over en patients meget høje medicindosering, således at det i flere tilfælde opleves, at palliativ teams ordinationer omgøres af andre sundhedspersoner. Rapportørerne beskriver fx flere hændelser, hvor læger eksempelvis seponerer smertemedicin eller ændrer meget på patienters medicinliste enten ved indlæggelse eller udskrivelse, selvom patienterne er tilknyttet et palliativt team, som har lavet en omhyggelig liste over medicin for at sikre en optimal smertelindrende behandling.

Når samarbejdet ikke fungerer optimalt opstår der herved risiko for, at patienten ikke er optimalt smertedækket.

## Eksempler på overgangshændelser

---

### Mellem sygehus og palliativt team

Terminal kræftpatient indlægges pga. hjerteproblemer. På sygehuset vælger de at afvige helt fra medicinlisten, som er udarbejdet meget grundigt af palliativt team, da patienten bl.a. ikke kan tåle en række præparater. Afdelingen vælger kun at give patienten morfin, hvilket giver patienten svære bivirkninger.

---

### Mellem sygehus og palliativt team

Kræftpatient indlægges pga. dyspnø. Har været i palliativ behandling i de seneste par år og sløjer nu af. Fra palliativ teams side gøres meget ud af, at medicinlisten er opdateret, så patienten kan fortsætte den korrekte smertedækning på hospital, men alligevel gives patienten ikke tilstrækkeligt smertemedicin og heller ikke det korrekte præparat, fordi lægen på hospitalet ser bort fra denne liste og bruger egen vurdering af patientens medicinbehov. Det fremgik ellers tydeligt af den elektroniske patientjournal, at det palliative team havde opdateret patientens medicinliste samme formiddag. Palliativt team efterspørger, at den vagthavende læge på sygehus eventuelt kontakter lægen i det palliative team, hvis vedkommende er utryk ved patientens høje medicindosering – frem for at bruge egen vurdering.

---

### Mellem sygehus og palliativt team

Terminal kræftpatient er indlagt på afdeling X. Under indlæggelse får patienten ikke det smertestillende medicin og binyrebarkhormon, som palliativt team har ordineret. Afdelingen X anvender i stedet deres eget gamle medicinskema fra patientens sidste indlæggelse trods både henvendelse fra palliativt team, og at patienten har papirer med fra aflastningsplads. Konsekvensen er, at patienten ikke smertelindres optimalt.

---

## 3.5.3 Overgange inden for den primære sektor

9 af overgangshændelserne inden for samme sektor er relateret til overgange mellem to institutioner eller afdelinger inden for den primære sektor. Størstedelen af hændelserne omhandler overgangen mellem almen praksis og enten plejehjem eller hjemmehjælp.

- **Medicineringsproblemstikker**

Problemer ved ordination af medicin beskrives flere gange, det kan fx omhandle kommunikationsbrist mellem hjemmesygeplejerske og lægesekretær hos egen læge, hvorved patientens medicin ikke kan afhentes på apotek eller et ikke optimalt samarbejde mellem almen praktiserende læge og plejehjem omkring medicinering og pleje af terminal patient.

### Eksempel på overgangshændelse

---

### Mellem almen praksis og plejehjem

Terminal kræftpatient bor på plejehjem. Det er aftalt, at patientens egen læge skal komme på besøg, men lægen aflyser besøg uden at give besked. Der er umiddelbart ikke nogle konsekvenser udover at beboer og personale venter forgæves på egen læge for at aftale behandlingsniveau for patient. Patienten er angst for, hvad der skal ske i fremtiden. Personalet har brugt mange ressourcer på denne patient og ønsker en opklaring fra egen læge om behandlingsniveau, men denne forsinkes.

---



## 3.6 Sektorovergange

I det følgende ses der udelukkende på de 160 overgangshændelser, der sker i overgangen mellem sektorer.

### Hændelsestyper

Ses der nærmere på karakteren af overgangshændelserne mellem sektorer, fordeler de sig således på de fem største grupper af hændelsestyper og tilhørende delproces<sup>35</sup>:

- **Sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation (84 %, 134 ud af 160 hændelser), heraf**
  - Mellem sektorer (106 hændelser, 79 %)
  - Mellem teams/afsnit/afdelinger<sup>36</sup> (10 hændelser, 7 %)
  - Med patient/pårørende (7 hændelser, 5 %)

Den altovervejende problematik i de nævnte delprocesser er, at informationen er uklar/ufuldstændig/manglende.

- **Administrative processer (74 %, 119 ud af 160 hændelser), heraf**
  - Udskrivelse (77 hændelser, 65 %)
  - Overdragelse af ansvar (15 hændelser, 13 %)
  - Indlæggelse/modtagelse (12 hændelser, 10 %)

Den altovervejende problematik ved hhv. udskrivelse, overdragelse og indlæggelse/modtagelse af patient er at den administrative proces er ufuldstændig/utilstrækkelig eller ikke bliver udført/udført med forsinkelse.

- **Medicinering (48 %, 77 ud af 160 hændelser), heraf**
  - Ordination (30 hændelser, 39 %)
  - Dokumentation af medicin (17 hændelser, 22 %)
  - Administration af medicin (13 hændelser, 17 %)

Den primære problematik inden for ordination, dokumentation eller administration af medicin handler om, at det er en forkert proces eller at processen ikke udføres eller udføres med mangler. Desuden er en gennemgående problematik i de oplyste delprocesser, at det er en forkert dosis/tidspunkt/frekvens eller medicinen ikke gives.

- **Klinisk proces (21 %, 33 ud af 160 hændelser), heraf**
  - Pleje, genoptræning, terapi (12 hændelser, 36 %)
  - Behandling og kontrol (10 hændelser, 30 %)
  - Sygdomsudredning (8 hændelser, 24 %)

Problematikken, der går igen i de nævnte kliniske processer handler primært om, at processen ikke er udført til rette tid.

---

<sup>35</sup> Her præsenteres kun de hændelsestyper og tilhørende delprocesser, der rummer flest hændelser. Derfor vil antallet af hændelser i de enkelte delprocesser ikke i alle tilfælde summerer op til antallet af hændelser under de enkelte hændelsestyper. I bilag 3 ses det fuldstændige materiale i tabelform.

<sup>36</sup> Det kan undre, at processen "Mellem afsnit/afdelinger" er med i hændelser, der handler om sektorovergange, men det skal forstås således, at kommunikationen og dokumentationen i denne proces har været central for at der er forekommet en hændelse i sektorovergangen.

- **Medicinsk udstyr<sup>37</sup> (11 %, 18 ud af 160 hændelser), heraf**
  - Udstyr ikke tilgængeligt (16 hændelser, 89 %)

Tabel 11 viser overgangshændelserne mellem sektorer opdelt på hvilke institutioner, de involverer.

**Tabel 11.** Overgange mellem sektorer (N=160)

Sektorovergang	Antal (%)
<b>Mellem sygehus og kommunal sundhedssektor</b>	<b>129 (81)</b>
○ I forbindelse med indlæggelse/modtagelse på sygehus	30 (23)
○ I forbindelse med udskrivelse fra sygehus	99 (77)
<b>Mellem sygehus og almen praksis</b>	<b>21 (13)</b>
<b>Mellem kommunal sundhedssektor og palliativt team/hospice</b>	<b>10 (6)</b>

Ovenstående tabel viser, at 81 % af hændelserne i sektorovergange forekommer mellem sygehus og kommunal sundhedssektor. Der er en overvægt af disse hændelser, som sker efter udskrivelse fra sygehus (77 %), mens en mindre del sker ved indlæggelse på sygehus (23 %). 13 % af alle overgangshændelserne mellem sektorer sker mellem sygehus og alment praktiserende læge og 6 % sker i overgangen mellem den kommunale sundhedssektor og palliativt team eller hospice.

I de følgende afsnit ses der nærmere på disse forskellige typer af overgange mellem organisationer/institutioner på tværs af sektorer.

### 3.6.1 Overgange mellem sygehus og kommunal sundhedssektor

99 hændelser omhandler udskrivelsen fra sygehus til den kommunale sundhedssektor og er helt overvejende rapporteret af den kommunale sundhedssektor, da det i disse tilfælde ofte vil være dem, der bliver opmærksomme på de forskellige former for utilstrækkeligheder i udskrivelsen. Omvendt er de 30 hændelser, der omhandler indlæggelsen/modtagelsen af patienter fra den kommunale sundhedstjeneste overvejende rapporteret af sygehusene.

Nogle af de centrale problemstillinger, som gør sig gældende i indlæggelses- og udskrivelsesprocessen beskrives i det følgende.

- **Overdragelse af patient og sikring af videre pleje/genoptræningsforløb**

Hovedparten af overgangshændelserne i udskrivelsesprocessen er relateret til, at de administrative processer i forbindelse med overdragelsen af ansvar ikke er udført/udført med forsinkelse, eller at de er utilstrækkelige (77 %). Problemstillingerne er fx knyttet til, at der mangler genoptræningsplan til patienten efter udskrivelse. I enkelte tilfælde er patienten

<sup>37</sup> I klassifikationen af hændelser med medicinsk udstyr er det kun muligt at udfylde oplysninger om problem, hvorfor der her ikke er kommenteret på proces.

sendt hjem med anvisning om at henvende sig til sygehuset for at få en genoptræningsplan – men sygehuset siger, at de i stedet skal henvende sig til egen læge, og konsekvensen kan blive, at patienten derved ikke får en genoptræningsplan.

En meget stor del af overgangshændelserne er relateret til at kommunikation og dokumentation i udskrivelsesprocessen er uklar, ufuldstændig eller manglende. Det medfører udfordringer for den kommunale sundhedssektor i modtagelsen af patienten. Hændelserne omhandler bl.a., at der er givet sen besked om udskrivelse af patient, eller at der ikke er bestilt den rette hjælp eller pleje til patient efter udskrivelse, hvorfor denne ikke er iværksat ved hjemkomst. Hændelser kan også omhandle, at plejehjem eller andre i den kommunale sundhedssektor mangler information om, hvad patienten har været igennem under indlæggelse og patientens behov efter udskrivelse. Derfor kan de have svært ved at forberede sig og sikre, at patienten får den korrekte pleje. Der er således eksempler på hændelser, hvor forbindelser ikke er blevet skiftet, eller hvor der ikke er foretaget sårpleje, fordi hjemmeplejen ikke har fået besked om dette fra sygehuset. I enkelte tilfælde er konsekvensen, at patienten genindlægges, fordi den kommunale sundhedssektor ikke føler sig gearet til at varetage opgaven.

Rapportørerne anfører i flere tilfælde, at der mangler samarbejde ved udskrivelse. Den kommunale sundhedssektor efterspørger større åbenhed fra sygehuset om patientens tilstand og situation og at blive inddraget i udskrivelsessamtalen, så der er et bedre grundlag for at planlægge den videre proces.

- **Medicinsk udstyr**

Hændelserne vedrørende medicinsk udstyr handler udelukkende om, at udstyret ikke er tilgængeligt for patienten eller dennes hjælpere i hjemmet/plejehjemmet efter udskrivelse fra sygehus. Det kan besværliggøre eller have en negativ indvirkning på patientens rehabilitering og pleje. Hændelser relateret til medicinsk udstyr findes ofte i kombination med uklar eller manglende kommunikation og dokumentation. Bristen i kommunikationen kan imidlertid forekomme flere steder, fx ved at sygehuset ikke giver rettidig besked om udskrivelse af patient til den kommunale sundhedssektor, eller at visitationen ikke får bestilt det medicinske udstyr rettidigt. Der er flere eksempler på, at sygehuset ringer til plejehjem eller hjemmehjælp få timer inden patienten udskrives, hvilket er meget kort tid til at anskaffe hjælpemidler. Der er ligeledes hændelser rapporteret fra hjemmeplejen, hvoraf det fremgår, at sygehuset ikke har givet en fuldstændig eller opdateret vurdering af patienten, og at der derfor ikke er de hjælpemidler i hjemmet, som patienten har brug for.

- **Medicinering**

Ved indlæggelse: Størstedelen af overgangshændelserne ved indlæggelse omhandler medicinering, svarende til 63 %. Medicineringshændelserne ses her ofte i kombination med udfordringer i administrative processer og/eller i sundhedsfaglig kommunikation & dokumentation og er udtryk for problemer med medicinafstemning. Rapportørerne beskriver flere hændelser, hvor der ikke er kontinuitet i patientens medicinliste ved indlæggelse, dvs. at der laves om i denne, eller at denne ikke er til stede ved indlæggelse. Eksempelvis handler hændelserne om, at patienter under indlæggelse ikke får den vanlige smertestillende medicin, fordi sygehuset har brugt ældre version af medicinliste i den elektroniske patientjournal. Et andet eksempel er, at der ved indlæggelse af terminal patient ikke er ordineret smertepaster, som patienten plejer at få, hvorfor patient har stort brug for morfin

eller ikke er smertedækket, eller at der ordineres andre mængder medicin, end patienten er vant til, hvilket medfører forskellige bivirkninger eller smerter.

Ved udskrivelse: Medicineringshændelser i overgangen fra sygehus til kommunal sundhedssektor er hovedsageligt relateret til enten ordination, administration eller dokumentation af medicin. Her er en særlig udfordring at sikre sammenhæng i medicinen, forstået således at medicinen afstemmes ved indlæggelse og udskrivelse, så patienten får den korrekte medicin på tværs af sektorer, selvom der undervejs ændres i medicinen. Et centralt tema er *smertebehandling/-lindring*, som går igen i flere hændelser, og som omhandler, at der ikke sikres kontinuitet i den smertelindrende/-stillende medicin efter udskrivelse. Der beskrives flere eksempler på, at utilstrækkelig medicin er medsendt fra hospital til plejehjem, hvorved plejehjemmet kan stå i den situation, at de ikke kan smertelindre patienten på optimal vis, fx hvis patienten udskrives op til en weekend.

- **Smerteproblematikker og samarbejde omkring terminale patienter**

Rapportørerne oplever også eksempler på, at patienter i palliativ behandling eller terminalt erklærede patienter udskrives til plejebolig uden sufficient smertedækning, og at ny ordineret medicin ikke er opdateret i medicinmodulet i den elektroniske patientjournal. Det resulterer i, at der fra plejehjemets side er tvivl om, hvad patienten skal have.

En central problemstilling i overgange mellem primær sektor og sygehus er samarbejdet omkring terminale patienter. Der er flere eksempler på, at terminale patienter mod deres vilje dør på sygehus frem for eget hjem. Det skyldes bl.a. at terminale patienter – i rapportørernes øjne – indlægges, hvor det ville have været bedre at patienten blot var blevet hjemme/på plejehjem. En anden problemstilling er, at terminale patienter forsøges genoplivet, selvom dette går imod patientens/pårørendes ønske – ofte fordi ønsket kun er noteret et sted, fx i patientens journal, men ikke er medgivet på skrift ved udskrivelse, og derfor ikke er tilgængeligt for eksempelvis ambulancepersonale i den præ-hospital indsats.

#### **Eksempler på overgangshændelser**

---

<b>Ved indlæggelse: Fra plejehjem til sygehus</b>	Terminal kræftpatient indlægges på hospital. Ved en fejl gives kun 1/4 af den smertestillende, patienten er vant til at få, fordi den ordinerende læge læser forkert på patientens medbragte medicinliste.
<b>Ved indlæggelse: Fra hjemmesygepleje til sygehus</b>	Kræftpatient kommer via åben indlæggelse for at blive lindret under sin kræftsygdom. Patienten har en umiddelbart rodet indlæggelse, er konfus og virker på meget få tidspunkter tilpas. Der går to dage, inden der bliver fokus på den smertelindrende medicin, selvom det var lindring patienten blev indlagt for. Det viser sig, at patienten ikke har fået sin vanlige medicin, som er ordineret af palliativt team, under de første to dage af indlæggelsen.
<b>Ved udskrivelse: Fra sygehus til aflastningsplads</b>	Dagen inden udskrivelse afholdes udskrivelsessamtale omkring kompleks patient med mange behov. Patient visiteres til aflastningsbolig, men repræsentanter fra denne har ikke været involveret i udskrivelsessamtalen. Aflastningsafdelingen oplever ikke at kunne tage hånd om patienten, som ikke kan tage tilstrækkelig næring til sig og derfor må genindlægges. Desuden forelægger der ved udskrivelse flere medicinskemaer, og der er derfor tvivl om, hvilket skema der er det aktuelle.

---

---

**Ved udskrivelse:  
Fra sygehus til  
hjemmesygepleje**

En svært kræftsyg patient udskrives til hjemmesygepleje med besked til visitator om, at forløbet er ukompliceret. Det viser sig, at borgers IV-væske og ernæring er seponeret dagen før udskrivelsen, og at patienten efterfølgende ikke kan spise og drikke sufficient samt har kvalme og synkeproblemer. Disse alvorlige faktorer orienteres primær sektor ikke om inden udskrivelsen en fredag eftermiddag. Konsekvensen er at patienten må genindlægges 2 dage efter.

---

**Ved udskrivelse:  
Fra sygehus til  
plejehjem/hjemmepleje**

Patient med knoglemetastaser indlægges med medullært tværsnitssyndrom (MTS). Opstarter under indlæggelsen prednisolon og påbegynder strålebehandling til behandling af MTS. Ved udskrivelsen er der tilsyneladende ikke udleveret ny medicinliste. I hvert fald fortsætter patient med at dosere efter en gammel liste og ophører derfor med prednisolonbehandling. Patient fortæller, at de neurologiske symptomer i underekstremiteterne er tiltaget under strålebehandlingen og det vurderes at det kan skyldes den manglende understøttende prednisolonbehandling.

---

### 3.6.2 Overgange mellem sygehus og almen praksis

21 hændelser omhandler overgangen mellem sygehus og almen praksis. Nogle af de centrale problemstillinger beskrives i det følgende.

- **Overdragelse af patient og sikring af dokumentation til almen praksis**

Næsten alle overgangshændelserne mellem sygehus og almen praksis er relateret til den sundhedsfaglige kommunikation og dokumentation i koordinationen af patientens forløb efter udskrivelse. Det skyldes bl.a. forsinket skrivning af epikrise eller notat, som beskriver forløbet på sygehusafdelingen. De praktiserende læger beskriver, at det kan være en stor udfordring at være opdateret på kræftpatienters forløb i perioder, hvor de er indlagt på sygehus. De beskriver også, at det er svært at være tovholder på patientens forløb under eksempelvis udredning af mistanke om tilbagefald og evt. behandling – hvor patienten ofte er i kontakt med både almen praksis og en eller flere sygehusafdelinger.

- **Kontrolforløb**

Der er ligeledes en række hændelser, der omhandler manglende reaktion på prøvesvar på patienter i kontrolforløb, som får taget blodprøver hos egen læge, men hvor det ikke sikres, at sygehuset reagerer på svar.

#### Eksempler på overgangshændelser

---

**Fra sygehus til  
almen praksis**

Patientens egen praktiserende læge får ikke afsluttende epikrise fra gynækologisk afdeling vedrørende kateteroplægning, og der er ikke fyldestgørende information i patientens papirer fra akut enhed til plejehjem. Konsekvensen er, at praktiserende læge bruger 25 minutter på at rede trådene ud. Praktiserende læge oplever, det er umuligt at være tovholder, når han ikke får information fra andre læger/sygehuse og efterspørger en klar arbejdsfordeling omkring ambulante patienter. Derfor er det vigtigt, at der altid kommer en epikrise til egen læge, og ligeledes at akutenheden egne læger sender fyldestgørende information om behandling til egen læge ved overflytning fra akut enhed til plejehjem (eller eget hjem).

---

### Fra almen praksis til sygehus

Patient med prostatakræft i kontrolforløb har fået taget blodprøve ved egen læge. Urologisk ambulatorium er rekvirent, men egen læge ændrer, så han står som rekvirent med kopi til urologisk ambulatorium. Urologisk ambulatorium får derfor ikke et papirsvær og er derfor ikke opmærksom på, at svaret foreligger. Patienten får ikke svar og "falder derfor ud" af kontrolsystem. Patienten ringer imidlertid selv ind og rykker for svaret.

---

### 3.6.3 Overgange mellem kommunal sundhedssektor og palliativt team/hospice

10 hændelser omhandler overgangen mellem den kommunale sundhedssektor og enten et palliativt team eller et hospice. Disse hændelser handler primært om sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation (90 %, 9 ud af 10 hændelser) og om medicinering (80 %, 8 ud af 10 hændelser).

Centrale problemstillinger beskrives i det følgende.

- **Medicinering**

Mange hændelser omhandler uoverensstemmelser i medicinlister og dosering af medicin, hvis patienten er i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer. Ifølge rapportørernes skyldes det bl.a., at der ikke er en tovholder i forløbet, der har styr på patientens medicin.

I enkelte tilfælde skyldes hændelsen, at personalet er nyt og derfor ikke har tilstrækkelig erfaring i hvordan medicinskemaer skal læses og ordineres.

Enkelte hændelser handler om, at der faxes medicinlister mellem hjemmepleje/plejehjem og palliativt team, men hvor faxen er utydelig og derfor resulterer i forkert medicin til patient.

#### Eksempler på overgangshændelser

---

### Mellem palliativt team og hjemmepleje

Patient har ikke fået korrekt medicin, da flere har været inde over medicinlisten. Patient fortæller at palliativt team har talt om at øge hende i tablet citalopram. Vi har i hjemmeplejen ikke fået nogen ordinationsændring, så jeg kontakter det palliative team, hvor jeg finder, at der er yderligere uoverensstemmelser mellem medicinlisterne. Patienten har været indlagt på stamafdeling flere gange den senere tid, hvor også sker medicinændringer. Der mangler således en tovholder i forløbet, som har styr på medicinen.

---

### Mellem palliativt team og hjemmesygeplejerske

Hjemmesygeplejersken modtager fax fra palliativt team. Faxen indeholder en ordination, hvor der er flere rettelser i den aktuelle medicin, både præparater der skal seponeres og nye ordinationer. Desuden medsendes opdateret medicinliste. Der er ikke overensstemmelse mellem ordinationerne og medicinlisten. Hjemmesygeplejersken bruger tid på at ringe til sygehuset og egen læge for udredning af medicinen - det er svært at komme igennem til en bestemt person/afdeling i sygehusregi. Hændelsen kan undgås ved, at sygehusene har en mere overskuelig medicinliste der alene indeholder aktuel medicin og at medicinlister ved ny ordination altid tjekkes af en anden person, så ordination og rettelser passer sammen.

---

## 4. Diskussion

### 4.1 Diskussion af metode

Både sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende har mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) (9). Hovedparten af rapporterne til DPSD kommer imidlertid fra sundhedsprofessionelle, og derfor afspejler denne rapport, hvilke hændelser de har rapporteret.

Det er i dag ikke et krav at anføre sygdom i forbindelse med rapporteringen af utilsigtede hændelser til DPSD, og der gennemføres ikke rutinemæssigt analyser af risikomønstre i relation til sygdomsgrupper. Dette kræftspecifikke arbejde med hændelsesrapporterne viser, at rapporterne bidrager med væsentlig information om risici og er velegnet til analyser på et overordnet niveau. Identifikationen af kræftrelaterede hændelser i DPSD er sket ved hjælp af 17 forskellige søgeord i den fritekstbeskrivelse, der findes i hændelsesrapporterne. Denne fremgangsmåde rummer en risiko for, at ikke alle kræftrelaterede hændelser er identificeret. En overordnet kategorisering af hændelser på sygdomskategori kunne formentlig have lettet arbejdet og sikret en mere præcis dækning. For at få viden om patientsikkerheden specifikt *efter* kræftbehandling på sygehus (primær behandling) har det desuden været nødvendigt at gennemlæse og identificere hændelserne ift. tidspunkt. Denne vurdering af hændelsestidspunkt er i høj grad afhængig af detaljeniveauet i hændelsesbeskrivelserne.

DPSD er designet til at identificere risikoområder, som sundhedspersonale og ledelser bør være særligt opmærksomme på og lære af. DPSD er generelt ikke et statistisk anvendeligt system. Ud fra resultaterne i denne rapport er det ikke muligt at konkludere, hvor hyppigt de rapporterede hændelser forekommer i sundhedsvæsenet, da antallet afspejler rapporteringen og ikke det "sande" antal af hændelserne, jf. kapitel 2. Nogle forhold, der spiller ind på dette er, at rapportering af hændelser er behæftet med underrapportering (8). Desuden sætter Sundhedsloven rammerne for, hvad de enkelte sundhedspersoner/sektorer skal rapportere til DPSD (9). Det er således forskelligt, hvad der har fokus i forskellige organisationer og sektorer, og det har betydning for de resultater, der er præsenteret.

Data fra DPSD skal forskningsmæssigt håndteres som kvalitative data med de fordele og begrænsninger dette giver. Der kan være typer af utilsigtede hændelser, som slet ikke rapporteres til DPSD, og som man således kan overse, hvis analyser af patientsikkerheden alene baseres på DPSD. På den anden side får man med DPSD mulighed for at identificere ukendte typer af fejl, som eksisterende monitoreringssystemer ikke opdager. DPSD kan således ikke bruges til monitorering af patientsikkerheden, dvs. om patientsikkerheden forbedres eller forværres over tid. Det skyldes, at en stigning i antal rapporterede hændelser i DPSD i høj grad afspejler sundhedsprofessionelles åbenhed i forhold til at tale om utilsigtede hændelser og kvalitetsbrist. Der er i stedet brug for teknologier, der understøtter, at patientsikkerheden i patientforløbet kan analyseres med anvendelse af såvel kliniske som patientrapporterede resultatmål (PROM), så problemstillinger kan følges over tid.

I flere af de rapporterede hændelser er der snarere tale om beskrivelser af kvalitetsbrist frem for en egentlig *utilsigtet hændelse*, jf. definitionen, dvs. at hændelse ikke er forbundet med risiko for, at patienten kommer til skade. Dette illustrerer netop den glidende overgang

mellem kvalitet og patientsikkerhed. I rapporten har vi dog valgt ikke at gøre os til dommere og vurdere, om der er tale om en utilsigtet hændelse eller kvalitetsbrist, og derfor er alle rapporterede hændelser inkluderet i analysen.

### Fornyet kategorisering

Hændelserne er manuelt gennemgået med fornyet kategorisering af både alvorlighedsscore og supplerung af WHO klassifikationen af hændelserne, da der blev konstateret en meget stor variation i kodepraksis. Sagsbehandlerne alvorlighedsscorer af hændelserne er eksempelvis i flere tilfælde kodet i forhold til den *potentielle skade*, hændelsen kan medføre, ligesom "*nær-hændelser*" også scores, som den skade, de *kunne* have medført. Den store variation i alvorlighedsscorerne peger på, at alvorlighedsscoren ikke bruges korrekt i forhold til, hvad der oprindeligt er tænkt med denne score – og at alvorlighedsscoren i sin nuværende form ikke altid understøtter, at rapportøren og sagsbehandleren kan komme af med et - for dem - tilfredsstillende svar på alvorligheden af hændelsen.

De utilsigtede hændelser, der rapporteres til DPSD klassificeres efter en modificeret udgave af den såkaldte WHO-klassifikation (22). Imidlertid er klassificeringerne i denne ikke gensidigt udelukkende, dvs. at der er overlap mellem flere hændelsestyper og underkategorier af hhv. delproces og problem. Dette er vigtigt at være bevidst om, når man eksempelvis tolker på forekomsten af en given problemstilling i materialet. Eksempelvis hører delprocessen "Overdragelse af ansvar" under hændelsestypen "Administrative processer", men denne delproces er indirekte at finde i andre delprocesser såsom "udskrivelse", "henvisning, aftale, indkaldelse" og "modtagelse", jf. bilag 2. De utilsigtede hændelser knytter sig ofte til en arbejdsproces, der ikke nødvendigvis er sygdomsspecifik (fx administrative processer), og derfor er nogle af fundene i denne rapport også generelle problemstillinger, som kan være relevante for andre sygdomsgrupper.

Vi vurderer, at de aggregerede data og en systematisk metodisk tilgang med supplerung og re-klassificering af hændelserne gør det muligt at skabe et overblik over typer af utilsigtede hændelser, problemstillinger i de enkelte ydelser samt vurdere de rapporteredes hændelsers konsekvens for patienterne.

### Forslag til forebyggelse af hændelserne

Der er en række forhold ved hændelserne i DPSD, som påvirker muligheden for at kunne opstille tiltag til forebyggelse af hændelserne fremadrettet. Et vilkår er, at hændelserne i DPSD er historiske, dvs. at analysen er baseret på retrospektive situationsvurderinger af ting, der er sket. Det er således ikke sikkert, at hændelsen vil ske igen på præcis samme måde, hvis nogle forhold er ændret i mellemtiden. Et andet vilkår er, at hændelsesrapporterne til tider er mangelfulde, særligt er manglen på kontekstinformation i flere hændelser tydelig, hvorfor det ofte er svært at pege på årsager til, at hændelsen sker. Disse forhold gør det vanskeligt at formulere relevante forebyggelsestiltag.

I processen med at analysere mulige tiltag til at forebygge de utilsigtede hændelser er det blevet klart, at rapportørernes forslag til forebyggelse af de specifikke hændelser er meget svingende i karakter. Nogle forslag til forebyggelse er således ikke særlig konkrete og lyder eksempelvis "*vi må være mere opmærksomme på infektioner*", "*det er et ledelsesansvar*" eller lignende. Koblingen af de enkelte problemområder med forebyggelsestiltag har derfor ikke kunnet gøres systematisk. Generelt kan det diskuteres, om de manglende forslag og



store variation i kvaliteten er et udtryk for, at de sundhedsprofessionelle ikke er trænet i at tænke forebyggelsestiltag i forhold til patientsikkerhed, eller om der grundlæggende mangler overvejelser om, hvordan rapporteringssystemet skal bidrage til læring – herunder hvilke mekanismer i systemet, der understøtter dette. Dette er interessant set i lyset af, at formålet med DPSD netop er *læring* fra de rapporterede hændelser, således at lignende hændelser kan forebygges. De mange mangelfulde hændelsesbeskrivelser mht. kontekst og årsager til, at hændelsen sker, viser, at der kan fokuseres mere på kvalitet i rapporteringen frem for kvantitet, så læringsaspektet får mere fokus.

I rapporten er kun angivet de forebyggelsestiltag, som rapportørerne har foreslået (i bilag 4), men der kan være andre mulige tiltag for forebyggelse af de specifikke hændelser. Det er imidlertid ikke muligt på baggrund af forslagene at opstille egentlige anbefalinger, men de kan inspirere.

Det er vigtigt, at den reaktive analyse af de rapporterede utilsigtede hændelser suppleres med proaktive tiltag og forbedringsaktiviteter for at højne patientsikkerheden. Resultaterne af analysen kan ikke stå alene, men kan – sammen med andre metoder og kilder til viden om patientsikkerhed – udgøre et afsæt for beskrivelse og gennemførelse af forbedringsindsatser.

## 4.2 Diskussion af udvalgte sikkerheds- og kvalitetsproblemer

Koordination og sammenhæng på tværs i patientforløb er centralt for at understøtte kontinuitet i patientforløbet. Nogle forløb er enkle med relativt få kontakter til sundhedsvæsenet, mens andre er meget komplekse og involverer adskillige kontakter til forskellige dele af sundhedsvæsenet. Kontinuitet handler både om en personlig relation mellem patienten og en eller flere af sundhedsvæsenets aktører, om udveksling af information om patientens helbred mellem de sundhedsprofessionelle og om, at der er organisatorisk sammenhæng i patientens forløb.

Manglende koordination og sammenhæng er en gennemgående problematik i denne rapport, som viser, at hver anden hændelse er en overgangshændelse – altså hændelser, som er karakteriseret ved, at ansvaret for patienten skifter mellem hospitaler, afdelinger eller institutioner på tværs af sektorer. Det er netop i disse overgange, at der er risiko for informations- og kontinuitetsbrist med utilsigtede hændelser og dårligere resultater for patienten som følge. I en tidligere undersøgelse med specifikt fokus på overgangshændelser i kræftforløb blev det vurderet, at 43 % af alle kræftspecifikke utilsigtede hændelser var overgangshændelser (2). Her blev imidlertid ikke skelet til, hvor patienten var i sit forløb<sup>38</sup>. Med denne rapport er dette fund blevet kvalificeret yderligere, da begge rapporter dokumenterer, at overgangshændelser er en omfangsrig og gennemgående problematik i hele patientforløbet. Overgange har særlig stor betydning i kræftpatientes forløb, da overgange rummer de processer, der skal sikre kontinuitet i bl.a. udredning, behandling samt overdragelse af ansvar, og dermed har stor betydning for hurtig diagnostik, behandlingsresultat og opfølgning.

---

<sup>38</sup> I denne rapport var udredning og behandling af primær kræft således også med. Til sammenligning med fundene i nærværende rapport kan man formode, at overgangshændelser i processer relateret til udredning og behandling i højere grad foregår internt i afdelinger/afsnit og i mindre grad mellem sektorer.

## Patienters oplevelse af sammenhæng

Patienter beskriver, at et sammenhængende forløb for dem handler om at møde de samme fagpersoner igennem forløbet, om koordination mellem de forskellige enheder i forløbet, personalets kendskab til patienten og om patientens eget ansvar for forløbet (29). I undersøgelser af kræftpatienters oplevelser og behov gennem behandling, i efterforløbet og i den palliative fase af deres sygdomsforløb oplever mange patienter, at de forskellige enheder, der har været involveret i forløbet, ikke har kommunikeret og samarbejdet tilstrækkeligt på tværs og ikke har været opdaterede om patientens forløb. Den manglende sammenhæng giver stor usikkerhed og utryghed for patienten og deres pårørende, og det kan påvirke oplevelsen af forløbet negativt (30;31).

Patienterne beskriver også i flere undersøgelser, hvordan de selv har været nødt til at tage ansvar og holde styr på deres forløb, og at de selv må være tovholder i forløbet. For nogle har det været nødvendigt selv at skabe sammenhæng og overblik, fx ved at holde styr på medicinen, eller det har været nødvendigt at følge op på manglende prøvesvar og indkaldelser til undersøgelser (30-32). I kontrolforløbet har flere patienter oplevet selv at måtte påtage sig ansvaret for at viderebringe den relevante information mellem sundhedspersoner (32).

I mange tilfælde medfører en fragmenteret og ukoordineret indsats fra sundhedsvæsenets side til unødigt ventetid eller forsinkelse. Undersøgelser viser, at lange ventetider kan være en stor psykisk belastning for patienten, bl.a. fordi flere patienter overvejer, om den forlængede ventetid kan føre til forværring af deres sygdom og prognose (29;33). Efter primær kræftbehandling er der stadig risiko for tilbagefald af sygdom eller fremkomst af ny kræft, og derfor er rettidig udredning og behandling også her centralt. De for systemet "banale hændelser", såsom forlagte journalnotater, glemte henvisninger og forsinkede prøvesvar, kan således have betydelige konsekvenser i bl.a. overgangssituationer og kan i sidste ende forringe kræftramtes mulighed for at overleve.

Såvel i denne som i andre undersøgelser viser det sig således vigtigt, at der arbejdes målrettet med at skabe øget sammenhæng og bedre samarbejde mellem de involverede parter i de forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Understøttelse af mere sammenhængende forløb efter selve kræftbehandlingen kan tage udgangspunkt i *personlig forløbsplanlægning* (i udlandet arbejdes med begrebet "personalised care planning" (34)). Personlig planlægning kan øge kontinuiteten i kontakterne til sundhedsvæsenet efter kræftbehandling og potentielt være med til at reducere usikkerhed, hjælpe og guide patienten til hvad der nu skal ske, og hvad patienten selv kan gøre (35) – og ikke mindst sikre, at den kræftramte har en plan for det videre forløb. Med ordet planlægning lægges vægt på, at det er en kontinuerlig proces i modsætning til en statisk plan. Samtidig understreges det i litteraturen, at det essentielle i personlig forløbsplanlægning er en partnerskabsmodel, hvor patienten har indflydelse på og bliver mere aktivt involveret i planlægningen af eget forløb, og hvor planlægningen tager udgangspunkt i den enkelte patients ønsker, behov og præferencer (34).

I denne forløbsplanlægning er det således ikke systemets organisering og struktur, der er afgørende for patientens forløb. I stedet tilrettelægges indsatsen med udgangspunkt i en

helhedsorienteret indsats, som skal sikre sammenhæng og kontinuitet i den enkelte patients forløb.

### **Patientsikkerhed i den palliative indsats**

Mange hændelser i denne rapport omhandler terminale kræftpatienter og patienter i sen palliativ fase (dvs. med kort forventet restlevetid). De hændelser og skader, der knyttes til denne patientgruppe har en anden karakter end hændelser blandt patienter, der kan aktivt behandles/er kurativt behandlet. Hændelserne omhandler bl.a. unødvendige indlæggelser; at der opstartes genoplivning, selvom patienten har frabedt sig dette; eller at patienten dør på hospital, hvilket er mod patientens ønske om at dø i eget hjem. Begrebet faktisk skade, jf. tabel 2, udfordres således her, da begrebet 'skade' får en lidt anden betydning i denne sammenhæng.

Danske undersøgelser tyder på, at 70-80 % af danske kræftpatienter ønsker at dø i eget hjem (30;36), mens det i praksis kun er ca. hver fjerde patient, der dør i eget hjem og hver femte på et plejecenter. Det betyder, at en betydelig del ikke får opfyldt deres ønske om dødssted (36).

Denne rapport viser desuden, at manglende samarbejde og arbejdsdeling bl.a. kan resultere i utilstrækkelig og forkert smertelindring hos kræftpatienter i den palliative fase af deres sygdomsforløb. Mange af disse hændelser sker i overgange mellem de forskellige sundhedspersoner og institutioner, der er involveret i den palliative indsats. I en undersøgelse af kræftpatienters oplevelser i den palliative fase af sygdomsforløbet angiver 22 %, at de ikke har fået tilstrækkelig hjælp til håndtering af smerter (30). Disse fund understreger vigtigheden af, at de mange sundhedspersoner, som er ansvarlige for den palliative indsats samarbejder om overgange og arbejdsdeling. Dette fokus afspejles også i Kræftens Bekæmpelses nye anbefalinger til den palliative indsats (36).

### **Bedre informationsdeling og sikring af at "stafetten er givet videre"**

Denne analyse tegner et billede af, *hvor* overgangshændelserne sker og *hvilke* parter, der er involveret. Et interessant fund er bl.a., at de hændelser, der rapporteres inden for den sekundære sektor, primært vedrører overgange mellem afsnit/afdelinger på samme hospital (78 %), og i mindre grad mellem hospitaler (15 %). Det skal dog også forstås i sammenhæng med, at der i et patientforløb hyppigere vil være skift mellem afdelinger end mellem sygehuse.

De mange overgangshændelser mellem afdelinger dækker bl.a. over bortkomne eller ikke afsendte henvisninger, forsinkede indkaldelser og manglende prøvesvar. Disse er ikke specifikke problemstillinger for kræftoverleverne, men konsekvenserne kan potentielt have mere alvorlige konsekvenser for denne gruppe af patienter, hvor tidsfaktoren kan spille en afgørende rolle for sygdomsforløbet og/eller behandlingsresultatet. For patienter, hvor det er vurderet, at de har behov for palliativ behandling, medfører manglende effektivering af henvisninger/indkaldelser unødvendig lidelse. Der efterlyses derfor en sikring af, at stafetten er givet videre og modtaget. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning for håndtering af parakliniske undersøgelser, som bl.a. fastlægger ansvarsfordelingen mellem de involverede sundhedspersoner. Den præciserer også, at der bl.a. på sygehusafdelinger og i praksissektoren skal foreligge instrukser med beskrivelse af, hvordan det sikres, dels at der er modtaget rettidigt svar på ordinerede undersøgelser, dels at patienten informeres rettidigt

om undersøgelsesresultater (37). Manglende eller forsinket opfølgning på prøvesvar og undersøgelsesresultater sker trods denne eksisterende vejledning og noget kan tyde på, at vejledningen ikke i tilstrækkelig grad er implementeret. Resultaterne i denne rapport tyder på, at der også kan være et behov for en national vejledning om håndtering af henvisninger tilsvarende vejledningen om parakliniske prøvesvar. Dette er også i tråd med anbefalingen fra Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb (1).

Resultaterne i rapporten peger desuden på, at der er nogle særlige problemstillinger omkring overdragelse af ansvar for patienten og informationsoverlevering ved både indlæggelse og udskrivelse på tværs af sektorer. De såkaldte *sundhedsaftaler* er netop blevet skabt for at medvirke til at sikre, at de involverede personer og institutioner i et behandlings- og plejeforløb har den information og dokumentation, der er relevant for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet. Dette gælder både ved indlæggelse og ved udskrivelse (38). Fundene i rapporten tyder imidlertid på, at effekten af sundhedsaftalerne – i hvert fald på tidspunktet for rapportering af de utilsigtede hændelser i denne rapport – ikke er synligt alle steder, og at der stadig er mulighed for forbedring. Der ses fx hændelser, hvor der mangler de rette hjælpemidler ved udskrivelse, eller udskrivelse af patient ikke er varslet i tilstrækkelig god tid til eksempelvis at imødekomme patientens behov for opfølgende pleje og rehabilitering. Ligeledes understreger flere af hændelserne et behov for understøttende redskaber til at sikre afstemning af patientens medicin både ved indlæggelse og udskrivelse.

Medicinafstemning indgår i Den Danske Kvalitetsmodel, hvor der er kvalitetsstandarder om medicingennemgang for særlige risikopatienter (39). Resultaterne i rapporten tyder dog på en fortsat opmærksomhed på udveksling af medicin mellem almen praksis og sygehus ved indlæggelse og udskrivelse. Et tiltag, der er igangsat med det formål at forhindre fejlmedicinering, er *Det Fælles Medicinkort* (FMK). FMK er stadig i gang med at blive implementeret i alle dele af sundhedsvæsenet, og det er visionen, at det skal indeholde en opdateret liste over borgerens aktuelle lægemiddelordinationer (40). Vi forventer, at en stor del af medicineringshændelserne forebygges, når FMK er fuldt ud implementeret.

Almen praksis overtager det lægefaglige ansvar for patienten/borgeren ved udskrivelsen, og det er derfor vigtigt, at almen praksis er opdateret på kræfttramtes forløb. I flere hændelser kommer det dog frem, at der er stor forsinkelse på epikriser og notater på patienter, der har været indlagt. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning for epikriser ved udskrivelse af patienter fra sygehus samt ved ambulant behandling, herunder oplysninger om medicinstatus. Heri står der, at *"epikrisen skal sendes hurtigst muligt og indenfor en rimelig tid efter at behandlingen er afsluttet"* (41). Regionerne har forskellige servicemål omkring afsendelse af epikriser. Resultaterne i denne rapport tyder på, at der er behov for en ekstra opmærksomhed på, at ambulante notater og epikriser skrives hurtigt med øje for, at egen læge ofte står som tovholder efter den primære kræftbehandling – dog kan rapporten ikke sige noget om, hvorvidt servicemålene overholdes.

### **Klarere ansvarsplacering og styrket samarbejde omkring den kræftramte**

Der har de seneste år været stort fokus på at sikre sammenhængende patientforløb i det danske sundhedsvæsen (2). I sundhedsvæsenet er der allerede taget en række initiativer til at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb. Det ses fx i form af diagnostiske pakkeforløb, kontaktpersonordningen og forskellige former for forløbskoordination (42), men det er stadig ikke lykkedes at komme overgangsproblemer til livs. Med pakkeforløbene for

kræft er der kommet vedvarende fokus på at undgå ventetid på udredning og behandling, som ikke lægefagligt er begrundet. Det kan diskuteres om der i samme grad er fokus på kræftramte, der har afsluttet kræftbehandlingen på sygehuset. Fundene i rapporten tyder på, at det er nødvendigt at rette opmærksomheden på kræftramte med tilbagefald eller hvor der er mistanke herom, så ventetid på udredning og behandling undgås.

Fundene i denne rapport adresserer et stort behov for klarere ansvarsplacering for kræftramte, så risikoen for overgangshændelser mindskes og patientsikkerheden forbedres. Dette behov er yderligere aktuelt i lyset af, at hyppigheden af kræft forventes at stige med 30 % i de næste ti år. Samtidig overlever flere kræft og mange er ældre med et samlet øget behov for sundhedsydelse til følge – et behov der forstærkes af, at 40 % af kræftpatienter har flere samtidige sygdomme. Ud over øget kapacitet må opgaveløsningen også ændres, for udviklingen stiller andre krav, hvis bedre overlevelse og livskvalitet er målet (43). Ansvar for den kræftramte skal tydeliggøres for at sikre sammenhæng og kontinuitet i forløbet på tværs af afdelinger og sektorer, så hverken patient eller sundhedsprofessionel er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår. De store udfordringer er at sikre en patientcentreret og koordineret indsats, hvilket også understreges i en ny rapport fra den amerikanske uafhængige, nonprofit organisation Institute of Medicine, IOM (44).

Samarbejde, koordinering og faglig kontinuitet er en forudsætning for den organisatoriske og faglige tilrettelæggelse af det enkelte patientforløb. Det er nødvendigt at tydeliggøre, hvem der har det faglige ansvar for patientens behandling, herunder at relevante informationer gives og modtages i overgange. En tydeligere ansvarsplacering skal sikre sammenhæng og kontinuitet i patientens forløb på tværs af afdelinger og sektorer, så hverken patient eller sundhedsprofessionel er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår.

## 5. Litteraturliste

- (1) Lipczak H, Rønfeldt L, Knudsen J, Palshof T. Patientsikkerhed i kræftforløb. Statusrapport 2012. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Dec.
- (2) Knudsen JL, Sengeløv L, Gandrup P, Morgensen T, Hellebek T, Nafei H, et al. Overgange i udredning, diagnostik & behandling. Dokumentationsrapport. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Dec.
- (3) Skøtt LN, Hansen MN, Jensen AB, Conradi A, Halkjær D, Brogaard T, et al. Efterforløb. Dokumentationsrapport. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Dec.
- (4) Schiøler T, Lipczak H, Pedersen B, Mogensen T, Bech K, Stockmarr A. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskrift for Læger 2001;163(39):5370-8.
- (5) Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters rapportering af utilsigtede hændelser. København: Kræftens Bekæmpelse; 2010.
- (6) Kræftens Bekæmpelse. Patientsikkerhed i kræftbehandlingen - en sammenfatning af tre projekter. København: Kræftens Bekæmpelse; 2010.
- (7) Kræftens Bekæmpelse. Patientsikkerhed i kræftbehandlingen - journalgennemgang med Global Trigger Tool. København: Kræftens Bekæmpelse; 2010.
- (8) Kræftens Bekæmpelse. Utilsigtede hændelser i kræftbehandlingen - en analyse af hændelsesrapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase. København: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (9) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134522> 2011 January 3
- (10) Patientombuddet. Årsberetning 2012. Del 1. Dansk Patientsikkerheds Database. 2013 Mar.
- (11) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedssektoren m.v. LBK nr 913. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=134520> . 13-7-2010.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft - del af samlet forløbsprogram for kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (13) Bjerg B, Søgaard C, Krasnik M, Frimodt-Møller N, Øhlenschläger SE, Palshof T, et al. Hospitalserhvervede infektioner. Dokumentationsrapport. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Dec.
- (14) Pappot H, Holm B, Sørensen BT, Rønnest B, Bjørn C, Lassen CF, et al. Medicinsk kræftbehandling. Dokumentationsrapport. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Oct.

- (15) Spejlborg H, Nielsen HM, Waltenburg H, Honoré H, Søtoft K, Rønfeldt L, et al. Stråleterapi. Dokumentationsrapport. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2012 Dec.
- (16) Statens Serum Institut. Tal og analyse: Cancerregisteret 2012. København: Statens Serum Institut; 2012.
- (17) Kræftens Bekæmpelse. Kræft i tal. <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/fakta+om+kraeft/kraeft+i+tal/> . 5-4-2013.
- (18) Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.
- (19) Martin HM. Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010 Jan.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen; 2011 Dec.
- (21) Patientombuddet. Dansk Patientsikkerhedsdatabase. <http://dpsd.demo.privatsite.dk/> . 3-3-2014.
- (22) Patientombuddet. Brugerhåndbog til klassifikation af rapporterede utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. 2011 Jul.
- (23) Bartels P, Poulstrup A. Patientsikkerhed: Alle taler om det, der sker fremskridt, men det går (for) langsomt. Ugeskrift for Læger 2012;174(45):2765.
- (24) Hermann N, Andersen H, Schiøler T, Madsen M. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Roskilde: Forskningscenter Risø; 2002.
- (25) Jensen H, Christensen M, Hansen M, Jørgensen S, Sørensen A, Mainz J. Patientsikkerhed i medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Ugeskrift for Læger 2010;172(21):1606-9.
- (26) Mogensen T, Poulsen J, Wendelboe B, Pedersen B. Patientsikkerhed i Danmark – et år efter pilotundersøgelsen. Ugeskrift for Læger 2002;164(38):4377-9.
- (27) Regeringen og Danske Regioner. Aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. København; 2007 Oct.
- (28) Siemsen IM. Patientovergange - Et eksplorativt studie af faktorer der påvirker sikkerheden af patientovergange DTU Management. Institut for Planlægning, Innovation og Ledelse; 2011.
- (29) Enevoldsen C, Sperling C, Sandager M, Knudsen J. Kræftpatienters oplevelser med sundhedsvæsenet gennem udredning og behandling. Patienternes kommentarer i fri tekst. København: Kræftens Bekæmpelse; 2011.
- (30) Korngut S, Johnsen A, Spielmann M, Neergaard M, Grønvold M. Kræftpatienters oplevelser i den palliative fase af sygdomsforløbet. København; 2012.
- (31) Sandager M, Sperling C, Vinter M, Dahllöf L, Bæksted C, Knudsen J. Kræfttramtes behov og oplevelser gennem behandling og i efterforløbet. København: Kræftens Bekæmpelse; 2013.

- (32) Kræftens Bekæmpelse. Kontrolforløb i kræftpatientens perspektiv. København: Kræftens Bekæmpelse; 2009.
- (33) Enheden for Brugerundersøgelser. Veje til bedre patientforløb. En kvalitativ analyse af kræftpatienters skriftlige kommentarer til patientforløbet. København; 2010.
- (34) Coulter A, Roberts S, Dixon A. Delivering better services for people with long-term conditions. Building the house of care. London: The King's Fund; 2013 Oct.
- (35) Østbo T, Lipczak H, Skøtt L, Jensen A, Østergaard R, Dreyer N. Survivorship Care Plan - et pilotprojekt blandt brystkræftpatienter. København: Den Nationale Arbejdsgruppe for Patientsikkerhed i Kræftforløb; 2014 Jan.
- (36) Kræftens Bekæmpelse. Kræftens Bekæmpelses anbefalinger til den palliative indsats til kræftpatienter. København: Kræftens Bekæmpelse; 2014.
- (37) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser VEJ nr 9207 af 31/05/2011. 2011 May 31.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler> . 14-2-2014.
- (39) Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. 2.9.7 - Medicingennemgang (6/7). FAQ. <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/2.-version.-Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Generelle-patientforlobsstandarder/Medicinering-2.9.1-2.9.8/2.9.7.aspx> . 5-3-2014.
- (40) Statens Serum Institut. Fælles Medicinkort. <http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/National%20Sundheds-it/Faelles%20Medicinkort.aspx> . 11-10-2013.
- (41) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehus mv. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=11351> . 8-3-2007.
- (42) Eriksen HB. Inspirationskatalog: Sammenhængende patientforløb - et udviklingsfelt. København: Dansk Sygeplejeråd; Danske Regioner; 2008.
- (43) Knudsen J. Kronik: Nye udfordringer i kræftbehandlingen. Ugeskrift for Læger 2014 Mar 3;(5).
- (44) Institute of Medicine (IOM). Delivering High-Quality Cancer Care. Charting a New Course for a System in Crisis. Washington D.C: The National Academies Press: Institute of Medicine (IOM); 2013.
- (45) Foreningen for kræftbehandlede med senfølger. Hvad er senfølger? <http://www.cancer.dk/senfoelger/om+senfoelger/> . 19-8-2013.
- (46) Kræftens Bekæmpelse. Hvis kræften kommer igen. <http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/hvis+du+har+kraeft/hvis+kraeften+kommer+igen/Hvis+kraeften+kommer+igen.htm> . 7-11-2011.
- (47) Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats på kræftområdet – et sundhedsfagligt oplæg. København: Sundhedsstyrelsen; 2010 Jun.
- (48) Palliativt Videnscenter. Om palliation. <http://www.pavi.dk/OmPalliation.aspx> . 2013.



## 6. Bilagsliste

Bilag 1: Beskrivelse af udvalgte ydelser efter kræftbehandling

Bilag 2: Klassifikation af hændelser i DPSD

Bilag 3: Tabeller

Bilag 4: Idékatalog

Bilag 5: Identifikation af overgangshændelser

## Bilag 1: Beskrivelse af udvalgte ydelser efter kræftbehandling

**Rehabilitering:** Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at forbedre og vedligeholde patientens funktionsevne fysisk, psykisk, socialt og intellektuelt med henblik på, at patienten bliver så uafhængig og selvbestemmende som muligt samt opnår et meningsfuldt liv (12).

**Kontrolforløb<sup>39</sup>:** Kontrolforløb foregår som regel på den sygehusafdeling, der har stået for behandlingen. Forløbet har bl.a. til formål at undersøge, om kræften er vendt tilbage eller har spredt sig. Hyppighed og varighed afhænger af sygdom og behandling; der er typisk tale om kontrolforløb i 3 til 5 år, men de kan strække sig over mere end 10 år. Størstedelen af kræftpatienter er til deres første kontrol 3 måneder efter afsluttet behandling, mens der for en mindre del går længere tid (32).

**Følger af kræftsygdom og behandling heraf:** Mellem 40 og 60 % af kræftoverleverne har fysiske og psykiske eftervirkninger af sygdom og behandling, også kaldet senfølger. Kræftbehandlingen – eller bare det at have haft kræft – kan give en række senfølger og bivirkninger, som først dukker op, når behandlingen er afsluttet. De kan udvikles tidligt, måneder, eller år efter kræftbehandlingen. Senfølger dækker et bredt spektrum af mere eller mindre alvorlige følgesygdomme. Nogle senfølger er en følge af kemo- og stråleterapi, fx stråleskader på hud. Andre senfølger kan være lymfødem, depression og vandladningsproblemer (45).

**Behandling af tilbagefald/spredning:** Hvis kræften kommer tilbage (enten samme sted som tidligere eller et andet sted som metastaser) vil patienten ofte kunne få tilbudt en behandling, der kan få kræften til at forsvinde helt eller delvist (46). Behandlingsmulighederne er fx operation, kemo- og/eller stråleterapi, afhængigt af hvilken kræftform man har. I andre tilfælde vil patienten dog kun kunne tilbydes livsforlængende – palliativ – behandling.

**Palliativ indsats:** Ifølge WHO har den palliative indsats til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art (12). Patienter, som har uhelbredelig kræft, kan i dag leve meget længere end for få år tilbage. Den palliative indsats er således ikke kun afgrænset til de sidste dage/uger af patientens liv, og fokus for den palliative indsats er ikke kun på patienter, hvor døden er nært forestående. I praksis vil man dog sjældent tale om palliativ indsats i forhold til patienter, der forventes at blive helbredt gennem kræftbehandlingen (47). På det palliative område skelnes mellem basal palliativ indsats og specialiseret palliativ indsats. Den basale indsats udføres af personale, som varetager palliation som en af mange opgaver. Den

---

<sup>39</sup> Kontrolforløb betegnes i dag opfølgingsforløb, som foruden fokus på tidlig opdagelse af tilbagefald ved klinisk undersøgelse, også har fokus på rehabilitering og senfølger, både af fysisk og psykisk karakter. I denne rapport vil betegnelsen "kontrolforløb" imidlertid blive brugt, da det er den betegnelse rapportørerne af de utilsigtede hændelser bruger, og det er desuden i overensstemmelse med den terminologi sundhedsvæsenet brugte på det tidspunkt, hvor de utilsigtede hændelser blev rapporteret.

specialiserede palliative indsats foregår ved palliative teams, på palliative sengeafsnit på sygehusene og på hospices, hvor palliation er kerneopgaven (12;48). Den palliative indsats er rettet mod et bredt spektrum af patienter med palliative behov, og Sundhedsstyrelsen har derfor inddelt den palliative indsats i tre faser (12):

- En tidlig palliativ fase, som kan vare år, og hvor patienten typisk fortsat vil være i livsforlængende (evt. helbredende) behandling. Selve den palliativ behandling består eksempelvis af palliativ kemo- eller stråleterapi, hvor formålet er symptomkontrol, symptombehandling og at lindre lokale symptomer.
- En sen palliativ fase, der typisk varer måneder, og hvor helbredende behandling er ophørt. Indsatser i denne fase har fokus på lindring og livskvalitet.
- En terminal fase, der varer dage til uger, og hvor patienten i den sidste tid er uafvendeligt døende. Fokus er her ligeledes på lindring.

## Bilag 2: Klassifikation af hændelser i DPSD

De rapporterede utilsigtede hændelser skal i DPSD være klassificeret som nedenfor, ifølge Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. (9;22). Klassifikationen er en modificeret udgave af WHO-klassifikationen.

Den obligatoriske klassifikation består af 12 forskellige hovedgrupper (i rapporten betegnet hændelsestyper) og væsentlige processer samt hovedgruppen 'anden utilsigtet hændelse'. Den ikke obligatoriske klassifikation består af en udvidet klassifikation med oplysninger om proces og problem. En hændelse kan rumme elementer af flere hændelsestyper med tilhørende detaljer om proces og problem og skal i så fald klassificeres med flere krydser i DPSD (22).

Når en hændelse klassificeres under en af hændelsestyperne 'Administrative processer', 'Kliniske processer' eller 'Selvskade, selvmordsforsøg eller selvmord' eller 'Patientuheld', skal der samtidigt angives en proces (22).

### 1) Administrative processer

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med administrative procedurer i sundhedsvæsenet. Det kan f.eks. være i forbindelse med sektorovergange samt indgåelse af aftaler og tidsbestilling. Hændelsen foregår typisk uden patientens tilstedeværelse og er ofte relateret til planlægningen af patientens ophold eller forløb i sundhedsvæsenet.

Proces:

- Overdragelse af ansvar
- Aftale/indkaldelse/henvisning
- Behandlingsforløb/Patientforløb
- Indlæggelse/modtagelse
- Udskrivelse
- Identifikation
- Informeret samtykke
- Respons på nødsituationer
- Andet/vides ikke

### 2) Kliniske processer

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med f.eks. undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning og sundhedsfaglig pleje. Hændelsen er ofte foregået i den direkte kontakt mellem sundhedsperson og patient, men kan også omfatte delprocesser tæt knyttet til diagnostik og behandling uden direkte patientkontakt.

Proces:

- Opsporing og forebyggelse
- Sygdomsudredning
- Behandling og kontrol
- Pleje, genoptræning og terapi
- Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests
- Fysisk eller medicinsk tvangsbehandling
- Anden proces/vides ikke

### **3) Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation**

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med sundhedspersoners kommunikation og dokumentation (mundtlig eller elektronisk) om en patient. Kategorien omfatter fx sundhedspersoners kommunikation med patient/pårørende/anden sundhedsperson.

### **4) Infektion**

Utilsigtede hændelser, hvor patienter får en infektion i forbindelse med kontakt med sundhedsvæsenet. Infektionen kan være en sepsis, absces, pneumoni, urinvejsinfektion m.v.

### **5) Medicinering**

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med ordination, dokumentation, recepthåndtering, opbevaring, dispensering og administration af medicin samt observation af patienten.

### **6) Blod og blodkomponenter**

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med tapning, testning, opbevaring, levering, ordination, dokumentation, dispensering, administration af blod og blod-komponenter samt observation af patienten.

### **7) Gasser og luft til medicinsk anvendelse**

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med forsyning, ordination, dokumentation, dispensering, administration af gasser og luftarter til medicinsk anvendelse samt observation af patienten.

### **8) Medicinsk udstyr**

Utilsigtede hændelser, der er forårsaget af eller opstår i forbindelse med anvendelse af medicinsk udstyr til behandling af patienter.

### **9) Selvskade, selvmordsforsøg eller selvmord**

Utilsigtede hændelser, hvor en patient begår selvskade, forsøger at begå eller begår selvmord.

Proces:

- Selvskade
- Selvmordsforsøg
- Selvmord

### **10) Patientuheld**

Utilsigtede hændelser, hvor en patient kommer ud for et uheld eller en ulykke, f.eks. fald.

Proces:

- Fald
- Brandskade
- Andet

### **11) Bygninger og inventar**

Utilsigtede hændelser, der opstår i forbindelse med brand og røgudvikling, logistik, forsyningssystemer og transportmidler samt i forbindelse med kommunikationssystemer m.v.

## **12) Individ, team og organisation**

Utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med utilstrækkelige resurser eller uhensigtsmæssig organisering af arbejdet.

## **13) Øvrige**

Utilsigtede hændelser, som ikke kan placeres i de øvrige er.

## Bilag 3. Tabeller

Tabel 1-4 viser, hvordan de 724 hændelser fordeler sig på de 4 hyppigste hændelsestyper.

**Tabel 1. Administrative processer fordelt på hhv. delproces og problem (N=422)**

Administrative processer, N=422								
	Total	Ikke udført	Ikke udført til rette tid/ forlængelse	Ufuldstændig / utilstrækkelig	Utilgængelig	Forkert patient	Forkert proces	Andet/ vides ikke
• Overdragelse af ansvar	63	4	6	47	0	0	1	5
• Aftale/indkaldelse/henvi sning/rekvisitioner	131	46	51	15	0	2	11	6
• Behandlingsforløb/patie ntforløb/kontrolforløb	84	9	41	22	1	0	7	4
• Indlæggelse/modtagels e	34	3	10	10	1	0	6	4
• Udskrivelse	88	20	7	54	1	0	5	1
• Identifikation	5	2	0	0	0	3	0	0
• Informeret samtykke	1	1	0	0	0	0	0	0
• Respons på nødsituationer	7	0	0	1	0	0	5	1
• Andet/ vides ikke	9	2	1	2	0	1	1	2
<b>Total</b>	<b>422</b>	<b>87</b>	<b>116</b>	<b>151</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>23</b>

**Tabel 2. Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation fordelt på hhv. delproces og problem (N=405)**

Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation, N=405					
	Total	Uklar /ufuld- stændig/ manglen- de infor- mation	Forkert patient/ forkert dokument	Manglen- de eller forsinket adgang til dokument	Andet/ vides ikke
• Inden for team/afsnit	72	41	0	18	13
• Mellem teams/afsnit/afdelinger	115	63	1	29	22
• Mellem hospitaler/institutioner	47	26	1	10	10
• Mellem sektorer	121	91	1	18	11
• Med patient/pårørende	46	29	3	4	10
• Andet/vides ikke	4	2	0	2	0
<b>Total</b>	<b>405</b>	<b>252</b>	<b>6</b>	<b>81</b>	<b>66</b>

**Tabel 3. Kliniske processer fordelt på hhv. delproces og problem (N=301)**

Kliniske processer, N=301							
	Total	Ikke udført	Ikke udført til rette tid/ forlængelse	Ufuldstændig/ utilstrækkelig	Forkert proces	Forkert kropsdel/side/ sted	Andet/vides ikke
• Opsporing og forebyggelse	8	0	2	4	1	0	1
• Sygdomsudredning	50	6	27	10	4	0	3
• Behandling og kontrol	149	27	34	45	31	7	5
• Pleje, genoptræning og terapi	46	10	9	18	4	0	5
• Fortolkning af og reaktion på undersøgelser og tests	46	9	20	9	5	1	2
• Andet/vides ikke	2	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>52</b>	<b>93</b>	<b>86</b>	<b>45</b>	<b>8</b>	<b>17</b>

**Tabel 4. Medicinering fordelt på hhv. delproces og problem (N=197)**

Medicinering, N=197											
	Total	Forkert patient	Forkert lægemiddel	Forkert proces, proces ikke udført/mangelfuldt udført	Forkert dosis/tidspunkt/frekvens/ikke givet	Forkert dispenseringsform	Forkert administrationsvej	Forkert label/instruktion	Forkert ordination/kontraindikation	Udløbet medicin	Andet/vides ikke
• Ordination	87	0	2	37	30	0	0	0	12	0	6
• Receptkontrol	8	0	2	5	1	0	0	0	0	0	0
• Håndtering af doseringskort	5	0	1	1	3	0	0	0	0	0	0
• Dispensering	23	1	3	5	10	2	0	0	1	1	0
• Administration	42	0	4	12	18	0	3	0	1	0	4
• Dokumentation	24	0	0	16	6	0	0	1	0	0	1
• Levering	4	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
• Andet/vides ikke	4	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>197</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>78</b>	<b>70</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>14</b>



## Bilag 4. Idékatalog

Hændelsesrapporterne er blevet afsøgt for forslag til forebyggelse af hændelserne og er i det følgende sammenskrevet og samlet i temaer. Der er forskel på, hvor konkrete og generaliserbare forslagene er, men læseren kan lade sig inspirere af forslagene.

### **Sikring af effektivering af henvisninger og rettidige indkaldelser:**

- I flere hændelser har patienter/pårørende reageret på manglende indkaldelser eller prøvesvar. Rapportørerne angiver derfor, at det er en god idé rutinemæssigt at opfordre patienter til at reagere, hvis de mod forventning ikke modtager indkaldelse til udredning/behandling eller kontrolforløb, eller hvis de ikke modtager et ventet prøvesvar. Det er allerede eksisterende praksis nogle steder, at sundhedsprofessionelle opfordrer patienter/pårørende til at reagere på manglende indkaldelser/prøvesvar mv., men denne opfordring kan tydeliggøres for at undgå forsinkelse.
- I de tilfælde, hvor en patient har fået ordineret en bestemt behandling på en anden afdeling, fx palliativ strålebehandling, opfordres dels patienter/pårørende til at kontakte afdelingen, hvis de ikke har modtaget en indkaldelse, og ved udskrivelse opfordres personale til at følge op på udestående rekvirerede undersøgelser eller henvisninger.
- Henvisninger og notater skrives med stor forsinkelse. Mulige løsninger er dels at øge antallet af lægesekretærer og dels at forbedre arbejdsgangene omkring akut skrivning, så lægerne får markeret vigtige notater som akutte.
- Henvisninger går tabt. Rapportørerne efterspørger IT understøttelse til dels at sikre, at henvisninger bliver afsendt korrekt, dels at der kvitteres for modtagelse af henvisninger. Rapportørerne foreslår desuden, at der laves et system, hvor henvisninger kan spores.
- Rapportørerne efterspørger procedurer for henvisninger og indkaldelser, herunder tydelige retningslinjer for ansvarsplacering i overgange mellem afdelinger/sygehuse, dvs. hvornår har den henvisende afdeling ansvaret, og hvornår overgår ansvaret til den afdeling, patienten er henvist til.

### **Forsinket reaktion på prøvesvar:**

- De sundhedsprofessionelle oplever store forsinkelser på prøvesvar. Flere rapportører fremhæver vigtigheden af at udvikle og optimere procedurer omkring prøvesvar, så de håndteres hurtigt, og sikrer at afdelingen påmindes om svar på prøver, hvis der ikke er reageret inden x dage.
- Der er hændelser, hvor parakliniske svar går tabt. Derfor er det vigtigt med en mere sikker proces, når scanningssvar og andre prøvesvar overleveres fra et hospital til et andet, så der bl.a. kvitteres for modtagelse.
- Rapportørerne foreslår, at der laves et system, hvor prøveresultater kan spores.

### **Planlægning af det videre forløb efter behandlingsafslutning:**

- Enkelte hændelser omhandler manglende kontinuitet fra behandlingsafslutning til opstart af anti-hormonbehandling. Et forslag til forebyggelse er, at der lægges en fast påmindelse ind i det relevante IT system, så ordinationen af anti-hormonbehandling bliver synlig i forbindelse med sidste kemo-/strålebehandling. På den måde er rettidig

opstart ikke kun afhængig af, at de involverede sygeplejersker og læger husker på, at denne behandling skal opstartes.

- Der er flere eksempler på, at der ikke er kontinuitet i patientens videre forløb efter behandlingsafslutning, eksempelvis hvis anden afdeling skal overtage kontrolforløbet. I tilfælde hvor patienten henvises til kontrolforløb i anden afdeling end der, hvor patient er behandlet, er det vigtigt, at det understøttes, at radiologiske IT systemer kan sammenkøres, så der er overblik og dokumentation over forandringer på røntgenbilleder over tid.
- Rapportørerne foreslår en række tiltag for at sikre, at patienten overgår i kontrolforløb efter planen. Det kan fx gøres til en procedure at pre-booke de første kontroltider ved behandlingsafsluttende samtale (eller afslutning på kemo-/strålebehandling) og at patienten evt. får en tid i hånden, inden de udskrives/ved afslutning fra afdelingen, således at det sikres at kontrolforløbet opstarter. Alternativt at der allerede tildeles kontroltider i forbindelse med planlægningen af hele behandlingsforløbet. Det foreslås også, at alle lavrisikopatienter, der skal fortsætte kontrolforløb i kirurgisk regi, får tiden til næste kontrol med hjem, så der ikke skal afventes epikrise på eksempelvis strålebehandlingen, hvorved der er en risiko for, at patienten ryger ud af kontrolforløb.
- Der er hændelser hvor journaler ikke deles og sendes tilbage til den relevante afdeling i patientforløb, når flere hospitalsafdelinger eller hospitaler er involveret. Forslag til forebyggelse går på, at alle - både plejepersonale, læger og sekretærer - som har fat i patientens journal skal være mere omhyggelige med at notere, at journal skal retur til bestemte personer, med henblik på videre planlægning,

#### **Stråleterapi – som palliativ behandling og som behandling af tilbagefald/spredning:**

- Enkelte hændelser omhandler, at patienter, der tidligere har fået strålebehandling får ny strålebehandling på stedet, selvom der er kontraindikation for dette – fordi der mangler dokumentation af tidligere given strålebehandling. En rapportør foreslår, at der fremadrettet bør oprettes en fælles, landsdækkende database for al given strålebehandling. Herved vil patienter, der skal have fornyet strålebehandling altid figurere med tidligere given behandling og tidligere planer vil allerede ligge i systemet med al relevant information om bl.a. feltteknik og doser.
- Nogle hændelser omhandler, at patienter ved en fejl ikke pauserer medicin, som kan give bivirkninger i forbindelse med palliativ strålebehandling, og rapportørerne opfordrer derfor til øget opmærksomhed på, at personalet sikrer at patienten orienteres om denne pausering.
- Enkelte hændelser omhandler, at patienter under strålebehandling ikke får ordineret medicin i forbindelse med strålebehandling, som er vigtig for at forebygge bivirkninger af behandlingen, og rapportørerne opfordrer derfor til øget opmærksomhed på, at personalet sikrer at patienten får ordineret denne medicin.

#### **Medicinsk smertebehandling:**

- Der er brug for øget opmærksomhed på smertemedicin og samarbejde mellem dem, der er involveret i smertebehandling/-lindring. Det foreslås bl.a. af rapportørerne, at lægen på sygehus kontakter det palliative team, hvis vedkommende er i tvivl om, hvorvidt patientens ordinerede smertemedicin er korrekt, da der er tilfælde, hvor smertelindrende medicin seponeres, selvom dette ikke er i overensstemmelse med det palliative teams vurdering.

- Rapportørerne understreger, at der skal være særligt fokus på smertelindrende medicin hos patienter i palliativ behandling eller terminalt erklærede patienter, og understreger betydningen af, at der altid bør udleveres ny opdateret medicinliste ved udskrivelse (som også tager højde for patientens vanlige medicin) – da der er tilfælde, hvor medicinlisterne efter indlæggelse er sket store ændringer på medicinlisten – og hvor eksisterende ordinationer ved en fejl er seponeret. Patienten skal desuden orienteres om rationalet bag ændringer i medicineringen, og ligeledes skal sygehuset sammen med pårørende sikre sig, at patienten har forstået informationen omkring indkøb af medicin, så patienten ikke risikerer at stå uden den relevante medicin.
- Enkelte hændelser i forbindelse med smertebehandling skyldes, at personalet er nyt og derfor ikke har tilstrækkelig erfaring i hvordan medicinskemaer skal læses og ordineres. Derfor foreslår rapportørerne grundig oplæring af nyt personale i smertebehandling og i hvordan medicinskemaer læses og ordinationen skal dokumenteres.
- Rapportøren efterspørger, at der er konsekvent fokus på vanlig medicin ved pallierende behandling, og at der bør oprettes en procedure for pallierende behandling i forbindelse med åbne indlæggelser, herunder tilstræbe at de samme personer har med patienten at gøre, samt at der tages kontakt til palliativt team og hjemmesygeplejen ved tvivl om medicin.

#### **Sikring af kontinuitet i patientens medicin ved indlæggelse og udskrivelse:**

- Der er udfordringer med kontinuiteten i patientens medicin ved indlæggelse. Rapportørerne understreger, at det er vigtigt med stort fokus på den vanlige medicin ved indlæggelse. Fx foreslås det, at medicinlisten gennemgås med patient og pårørende, og at der ved tvivlstilfælde, tages kontakt til hjemmesygeplejersken eller praktiserende læge for at få den korrekte medicinliste, så medicinlisten bliver korrekt, og patienten får den rigtige medicin. En rapportør efterspørger desuden, at ordinerende læge sammen med den ansvarlige sygeplejerske gennemgår medicin ved indlæggelsen, og at lægen ved tvivl spørger patienten selv eller dennes pårørende.
- Det er en særlig udfordring at sikre den korrekte medicin ved udskrivelse. I enkelte hændelser kan patienten/pårørende ikke fremskaffe medicinen efter udskrivelse, fordi udskrivelsen sker op til en weekend. Forslag til forebyggelse af utilsigtede hændelser i den forbindelse er bl.a., at sygehuset sikrer, at den ordinerede medicin medsendes, således at der er tilstrækkelige mængder indtil den først kommende hverdag.
- Rapportørerne foreslår bl.a. at der er en tovholder i forløbet, som har styr på patientens medicin, hvis patienten er i kontakt med mange forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer – det er dog ikke nærmere præciseret hvem denne tovholder skal være.

#### **Udskrivelsesproblematikker:**

- Enkelte hændelser omhandler manglende genoptræningsplan ved udskrivelse. Derfor er det vigtigt, at understøtte de læger, der udskriver patienterne, så der ved udskrivelse foreligger en genoptræningsplan – som kravet foreskriver.
- Rapportørerne fra den hjemmesygeplejen/plejehjem oplever, at der til tider ikke er fornøden information om, hvilken pleje patienten har brug for efter udskrivelse.

Rapportørerne understreger vigtigheden af, at sygehuset ved udskrivelsen sikrer sig, at der medsendes sygeplejebrev og fyldestgørende epikrise, så hjemmeplejen ved, hvad der er forløbet under indlæggelsen, og hvad der skal gøres fremadrettet.

- Rapportørerne understreger, at det er meget vigtigt, at ambulante notater og epikriser til egen læge skrives hurtigt, og at indholdet er fuldstændigt og målrettet, idet egen læge ofte står som tovholder i et patientforløb med alvorligt syge kræftpatienter.
- En enkelt praktiserende læge understreger, at det skal udspecificeres klart i epikriser, hvem der har behandlingsansvar, og at patient og pårørende ligeledes får information om, hvor de skal have svar på prøver, så forløbet ikke forsinkes unødigt, når egen læge ikke har indblik i behandlingsplanen.
- Et ønske fra plejesektoren er at blive inddraget i udskrivelsessamtalen i forbindelse med komplekse patienter, fx ved at sygehuset kontakter aflastningsinstitutionen, plejehjemmet, hjemmeplejen eller lignende, så de sammen kan planlægge udskrivelsesforløbet.
- Flere hændelser omhandler, at medicinsk udstyr (fx trykaflastende madras, plejeseng m.v.) ikke er rettidigt til stede i patientens hjem efter udskrivelse – ofte fordi primærsektoren/visitationen ikke varsles i god nok tid til at imødekomme dette. For at understøtte, at det medicinske udstyr er til stede rettidigt anfører plejesektoren, at et minimum af varsel inden udskrivelsen af patienten er ønskeligt.

#### **Øvrige:**

- Når der er særlige krav til overvågning af patienten, som fx ved indgivelse af bestemte typer medicin (fx hos carboplatin-behandlede patienter) foreslår en rapportør, at der bør være mulighed for at øge opmærksomhed via note i det elektroniske medicinmodul, herunder en automatisk "advarselstrekant".
- En central problemstilling i overgange mellem primær sektor og sygehus er samarbejdet omkring terminale patienter. Rapportørernes understreger, at det er vigtigt, at egen læge er orienteret om den terminale patients ønsker for den sidste tid. Og at der er foranstaltninger, der sikrer, at rammerne er til stede, så det sidste forløb kan varetages i eget hjem/plejehjem, netop for at undgå at patienter dør på hospital mod sin vilje.

## Bilag 5. Identifikation af overgangshændelser

De 724 hændelser er blevet gennemlæst og analyseret enkeltvis med henblik på at identificere, om der er tale om en overgangshændelse. Klassificeringerne af delproces og problem i de enkelte hændelser er brugt i denne identifikationsproces. Eksempelvis er delprocesserne 'overdragelse af ansvar', 'aftale, indkaldelse, henvisning', 'indlæggelse, modtagelse' og 'udskrivelse' i hændelsestypen 'Administrative processer' og delprocesserne 'mellem afsnit, afdelinger' og 'mellem sektorer' i hændelsestypen 'Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation' gode markører for, om der er tale om en overgangshændelse.

Nedenfor følger de præcise *delprocesser* og *problemer*, der hører til hændelsestyperne i WHO-klassifikationen, og som er brugt til at kvantificere overgangshændelserne inden for de fire temaer i overgangshændelserne.

*Uklar, manglende eller forsinket adgang til information om patient (fx journalnotater):*  
Forekomsten af hændelser i dette tema er beregnet ved at optælle antallet af overgangshændelser inden for hændelsestypen 'Sundhedsfaglig kommunikation og dokumentation', som er kategoriseret med processen 'mellem teams/afsnit/afdelinger', 'mellem hospitaler/institutioner' eller 'mellem sektorer' og med problemet 'uklar/ufuldstændig/manglende information' eller 'manglende eller forsinket adgang til dokument'.

*Uklar koordination og ansvar i patientforløbet:*  
Forekomsten af hændelser i dette tema er beregnet ved at optælle antallet af overgangshændelser inden for hændelsestypen 'Administrative processer', som er kategoriseret med processen 'indlæggelse/modtagelse', 'udskrivelse', 'behandlingsforløb/patientforløb' eller 'overdragelse af ansvar' og med problemet 'ikke udført', 'ikke udført til rette tid/forlængelse' eller 'ufuldstændig/utilgængelig'.

*Forsinket eller manglende henvisning eller indkaldelse af patient:*  
Forekomsten af hændelser i dette tema er beregnet ved at optælle antallet af overgangshændelser inden for hændelsestypen 'Administrative processer', som er kategoriseret med processen 'aftale, henvisning, indkaldelse' og med problemet 'forkert administrativ proces', 'ikke udført', 'ikke udført til rette tid/forlængelse', eller 'ufuldstændig/utilgængelig'.

*Forsinket eller manglende reaktion på prøvesvar og sygdomsudredning:*  
Forekomsten af hændelser i dette tema er beregnet ved at optælle antallet af overgangshændelser inden for hændelsestypen 'Kliniske processer', som er kategoriseret med processen 'fortolkning/reaktion på undersøgelser og tests' eller 'sygdomsudredning' og med problemet 'ikke udført', 'ikke udført til rette tid/forlængelse' eller 'ufuldstændig/utilstrækkelig'.





Denne rapport handler om patientsikkerheden i sundhedsvæsenets indsats over for kræftramte *efter* selve kræftbehandlingen, dvs. efter såkaldt *primær behandling*. Karakteren af sikkerhedssvigt blandt kræftramte og konsekvenserne heraf beskrives ud fra de utilsigtede hændelser, som er rapporteret til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Overgangshændelser har et særligt fokus i denne rapport og belyser konsekvenser som følge af ansvarsskift og manglende deling af informationer om patienten på tværs af afdelinger, sygehuse, institutioner og sektorer.

Hændelserne belyser patientsikkerheden i forhold til:

- Pleje/rehabilitering i den kommunale sundhedssektor
- Kontrolforløb (nu kaldet opfølgingsforløb)
- Indsatser rettet mod følger af kræftsygdom og behandling heraf i sygehusregi
- Ny udredning og behandling af tilbagefald eller ny primær kræft
- Øvrige indlæggelser på sygehus
- Palliativ indsats

Rapporten er den første af sin slags, der specifikt ser på, hvilke risici og patientsikkerhedsproblemer, kræftramte kan udsættes for efter kræftbehandlingen. Rapporten bidrager med ny og vigtig viden om problemområder og forhold af betydning for sikkerheden.

Rapporten viser, at der er behov for, at sundhedsvæsenet:

- Forbedrer patientens overgange mellem sundhedspersoner og organisationer ved at sikre informationsdeling og tydelig ansvarsplacering, så ingen er i tvivl om, hvem der har ansvaret for patienten og hvornår
- Sikrer hurtig udredning ved mistanke om tilbagefald af kræft og hurtig behandling af yderligere sygdom, for at opnå det bedste resultat for patienten
- Styrker fokus på patientsikkerheden i den palliative indsats.

**Kræftens Bekæmpelse**  
Dokumentation & Kvalitet

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø  
Tlf.: 3525 7500  
[www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

